EXPOSÉ

DES

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DE

M. Henri LELOIR

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-SAUVEUR

LILLE

IMPRIMERIE A. MASSART

59, RUE NATIONALE, 59

1887

TITRES SCIENTIFIQUES OBTENUS AU CONCOURS

GRADES — DISTINCTIONS

Aide-prosecteur d'anatomie et lauréat de l'école de médecine de Lille	1874-75
Licencié es-sciences naturelles	1875
Lauréat de l'assistance publique de Paris (1er externe)	1876
Interne des hôpitaux de Paris	1877
Docteur en médecine de la faculté de Paris	1881
Médaille de bronze de l'assistance publique de Paris	1881
Chef de clinique de la faculté de Paris	1882
Président honoraire de la section de dermatologie et de syphiligraphie au congrès international des sciences médicales (*Copenhague*)	1884
Chargé du cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques a la faculté de médecine de Lille (17 juillet	1884
Médecin de l'hôpital saint-sauveur, a Lille (10 novembre	1884
Professeur titulaire (clinique des maladies cutanées et syphilitiques) a la faculté de médecine de Lille (décembre	1885
Médecin-major de 1re classe (Armée territoriale)	1886

Lauréat de la faculté de médecine de Paris (Médaille d'argent)	1881
Lauréat de l'académie de médecine (Prix Godard)	1882
Lauréat de la société de biologie	1882
Lauréat de la société des sciences de Lille (Grande Médaille d'or)	1882
Citation de l'institut	1882
Récompense de l'académie de médecine (Mention au Prix Saint-Paul)	1882
Lauréat de l'institut (Prix de médecine et de chirurgie, Prix Montyon)	1884
Lauréat (*bis*) de l'académie de médecine (Prix Barbier)	1885

SOCIÉTÉS SAVANTES

Membre de la société géologique du Nord 1873

Membre-adjoint de la société anatomique 1880

Membre titulaire de la société anatomique. 1881

Membre correspondant de la société des sciences de Lille 1882

Membre correspondant de la société de biologie. 1885

Membre honoraire de la société anatomique 1886

ENSEIGNEMENT

Conférences pour préparer les candidats a l'internat des hôpitaux de Paris 1878-81

Leçons et conférences de dermato-syphiligraphie (hôpital Saint-Louis) (publiées en partie) 1882-83-84

Chargé par le ministère de l'instruction publique d'une mission scientifique officielle pour étudier la lèpre en Norwège (publié) 1884

Création du musée et du laboratoire de dermato-syphiligraphie a l'hôpital Saint-Sauveur 1884

Création de la polyclinique a l'hôpital Saint-Sauveur 1884

Leçons de clinique dermato-syphiligraphique professées a l'hôpital Saint-Sauveur (publiées en partie) 1884-85-86-87

Chargé par le ministère de l'Instruction publique d'une mission scientifique officielle pour étudier l'organisation de l'Enseignement de la Dermatologie & de la Syphiligraphie en Allemagne & en Autriche-Hongrie 1887

EXPOSÉ

DES

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DE

M. Henri LELOIR

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

PAR ORDRE CHRONOLOGIQUE

Atrophie des nerfs optiques. Examen histologique. (*Bulletin médical du Nord*, octobre 1875.)

Contribution à l'étude du rhumatisme blennorrhagique. (*Journal des Connaissances médicales* et *Brochure Ollier Henry*, éditeur, Paris 1878.)

Altération spéciale des cellules épidermiques. (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 30 mars 1878.) — Avec figures intercalées dans le texte.

Mode spécial d'altération des cellules épidermiques (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 11 mai 1878.) — Avec figures intercalées dans le texte.

Altération spéciale des cellules épidermiques. (*Archives de physiologie*, novembre 1878.) — Avec deux planches en chromo-lithographie.

Recherches sur les nerfs des végétations. (*Comptes rendus de la Société de biologie*, juillet 1878.)

Néphrite interstitielle chronique suppurée primitive. (*Bulletins de la Société anatomique*, 4 octobre 1878.)

Ramollissement cérébral avec eschares précoces. (*Bulletins de la Société anatomique*, novembre 1878.)

Malformation congénitale du bras gauche. (*Bulletins de la Société anatomique*, 15 décembre 1878 et 3 janvier 1879.)

Note sur une malformation congénitale du bras gauche. (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 4 janvier 1879.)

Ulcération tuberculeuse de la langue. (*Bulletins de la Société anatomique*, décembre 1878.)

Fibro-myxôme kystique de la mamelle d'une chienne avec production osseuse centrale. (*Comptes rendus de la Société de biologie*, novembre 1878.)

Présence du plomb dans les viscères d'un saturnin. — En collaboration avec M. Gabriel Pouchet. (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 21 décembre 1878.)

Deux observations de monoplégie brachiale d'origine syphilitique. Dans un cas, gomme au niveau de la partie supérieure de la circonvolution frontale ascendante du côté opposé à la paralysie. (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 28 décembre 1878.) — Avec figure intercalée dans le texte.

Monoplégie brachiale droite chez un ancien syphilitique. Plaque de méningite gommeuse sur la partie supérieure de la circonvolution frontale ascendante gauche. (*Bulletins de la Société anatomique*, 24 janvier 1879.)

Heureux effets de la faradisation localisée dans deux cas d'hémianesthésie hystérique, et des courants continus dans un cas de contracture hystérique. (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 11 janvier 1879.)

A quoi sert le microscope en médecine ? (*Bulletin scientifique du département du Nord*, juillet 1879.)

Quatre observations relatives aux phénomènes urémiques pouvant contribuer au diagnostic du mal de Bright. (*In thèse de M. V. Croïn :* De plusieurs symptômes urémiques pouvant contribuer au diagnostic du mal de Bright. *Thèse de doctorat*, Paris, 1879.)

Sur les altérations de l'épiderme dans les affections de la peau et des muqueuses, qui tendent à la formation de vésicules, de pustules, ou de productions pseudo-membraneuses. (*Bulletins de la Société anatomique*, 22 novembre 1879.)

Altérations de l'épiderme dans les affections de la peau ou des muqueuses qui tendent à la formation de vésicules, de pustules, ou de productions pseudo-membraneuses. (*Comptes rendus de l'Institut* (Académie des Sciences ,) 24 novembre 1879.)

Recherches cliniques et expérimentales sur l'empoisonnement par l'aniline. (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 8 novembre 1879.)

Recherches expérimentales et cliniques sur l'empoisonnement par l'aniline. (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 6 décembre 1879.)

Cancer latent de la plèvre et du poumon. (*Bulletin de la Société anatomique*, 28 novembre 1879.)

Observation d'ulcère de l'estomac consécutif à un traumatisme de l'épigastre. (*In thèse de M. Derouet* sur : L'ulcère simple de l'estomac de cause traumatique, Paris, 1879.)

Altérations des nerfs cutanés dans un cas cas de vitiligo. — En collaboration avec M. Chabrier. (*Compte rendus de l'Institut* (Académie des Sciences), 15 décembre 1879.)

Altération des nerfs cutanés dans un cas d'ichthyose congénitale. (*Comptes rendus de l'Institut* (Académie des Sciences), 29 décembre 1879.)

Altérations des nerfs cutanés dans l'ecthyma. (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 7 février 1880.)

Dilatation des bronches ; pneumonie chronique ; gangrène pulmonaire. (*Bulletins de la Société anatomique*, 6 février 1880.)

Examen histologique du nerf sciatique dans un cas de sciatique chronique. (*Exposé. In cliniques de M. Maurice Raynaud à La Charité*, 1880.) (Inédit.)

Observation de rhumatisme aigu des voies digestives. (*In thèse de M. Lambin* sur : le rhumatisme aigu des voies digestives, Paris 1880.)

Mort rapide par coagulations intra-cardiaques chez un tuberculeux. (*Bulletins de la Société anatomique*, 20 mai 1880.)

Contribution à l'étude de la formation des pustules et des vésicules sur la peau et les muqueuses. (*Archives de physiologie*, 1880.) — Avec figures intercalées dans le texte et deux planches en lithographie.

Contribution à l'étude de la structure et du développement des productions pseudo-membraneuses, sur les muqueuses et sur la peau. (*Archives de physiologie* 1880.) — Avec figures intercalées dans le texte et une planche en lithographie.

Fausses membranes diphthéritiques. (*Bulletins de la Société anatomique*, décembre 1880.)

Altérations des tubes nerveux, des racines nerveuses antérieures et postérieures de la moëlle et des nerfs cutanés dans un cas d'ichthyose congénitale généralisée. (*Comptes rendus de l'Institut* (Académie des Sciences), 12 juillet 1880.)

Tuberculose de la rate à forme spéciale. — En collaboration avec M. Séné. (*Bulletins de la Société anatomique*, 22 octobre 1880.)

Exostose sous-unguéale. (*Bulletins de la Société anatomique*, 1880.)

De la destruction du chancre comme moyen abortif de la syphilis. (*Annales de dermatologie*, 1881.)

Du purpura hémorrhagique. (*Progrès médical*, 1881.)

Hémiplégie droite et aphasie très légère. — Destruction presque complète de la troisième circonvolution frontale gauche. (*Bulletins de la Société anatomique*, 18 février 1881.)

Note sur un cas de sarcôme mélanique généralisé. — Examen histologique du cas présenté par M. Jarry. (*Bulletins de la Société anatomique*, 25 février 1881.)

Présentation de pièces et de préparations histologiques à propos d'un cas d'affection cutanée indéterminée (problème). (*Bulletins de la Société anatomique*, février 1881.)

Contribution à l'étude des atrophies musculaires d'origine spinale produites par des lésions nerveuses périphériques.— Mémoire présenté pour être nommé membre titulaire de la Société anatomique. (*Bulletins de la Société anatomique*, mars 1881.)

Contribution à l'étude des affections cutanées d'origine trophique. (*Archives de physiologie*, 1881.) — Avec une planche en chromo-lithographie.

Altérations des nerfs cutanés dans un cas de pemphigus diutinus. — En collaboration avec M. Brocq. (*Comptes rendus de la Société de biologie*, mars 1881.)

Note sur les altérations des nerfs cutanés dans un cas de décubitus aigu. — En collaboration avec M. Déjerine. (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 22 avril 1881.)

Cas de plaques gangréneuses de la peau d'origine trophique.—En collaboration avec M. Déjerine. (*Comptes rendus de la Société de biologie*, Mai 1881.)

Examen de la moëlle d'un sujet atteint de malformation congénitale du bras gauche. — Note communiquée à M. Bochefontaine et publiée dans son travail intitulé : *Ectromélie chez une chienne.* (*Archives de physiologie*, 1881.)

Observations de pneumonie fibrineuse survenue dans le cours d'une fièvre typhoïde. — Examen histologiqne. (*In thèse de de M. Galissard de Marignac sur :* la pneumonie lobaire survenant dans le cours de la fièvre typhoïde, Paris, 1881.)

Observations de fièvres typhoïdes avec éruption confluente de taches rosées lenticulaires. (*In thèse de M. Keromnès :* Etnde descriptive et diagnostique de quelques éruptions dans le cours de la fièvre typhoïde, Paris, 1881.)

Observations d'erythèmes survenant dans le cours de la fièvre typhoïde et indépendants d'elle. (*In thèse de M. Keromnès, loc. cit.*)

Observations de typhose syphilitique pouvant simuler une dothiénentérie. (*In thèse de M. Keromnès*, Paris, 1881.)

Calcification généralisée des parois de la vésicule biliaire. (*Bulletins de la Société anatomique*, 1881.)

Hyperostoses généralisées. — En collaboration avec M. Rathery. (*Revue de médecine*, 1881.) — Avec planche intercalée dans le texte.

Traitement du lupus (*Progrès médical*, 1881.)

Cas d'ataxie survenu chez un sujet syphilitique et ayant débuté par des troubles urinaires intenses. (*In livre de M. Fournier :* De l'ataxie syphilitique, page 101, Paris 1882.)

Cas d'ataxie survenu chez un sujet syphilitique ayant présenté comme phénomènes initiaux des troubles urinaires intenses. (*In livre de M. Fournier :* Période pretaxique du tabès syphilitique, pages 26 et 29, Paris 1884.)

Recherches anatomo-pathologiques et cliniques sur les altérations nerveuses : 1° dans certains cas de gangrène; 2° dans la lèpre. — En collaboration avec M. Déjerine. (*Archives de physiologie*, 1881.) — Avec une planche en chromolithographie.

Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur les affections cutanées d'origine nerveuse. — Avec quatre planches en chromo-lithographie et plusieurs figures intercalées dans le texte. (*A. Delahaye et Lecrosnier*, éditeurs, Paris 1881)

Des affections cutanées d'origine nerveuse considérées au point de vue anatomo-pathologique et clinique. (*Revue des sciences médicales*, 1882.)

Syncope locale des extrémités. Eczéma de la paume des mains et des doigts. — En collaboration avec M. Merklen (*Annales de dermatologie*, 1882.)

Des affections cutanées d'origine nerveuse. (Revue critique à propos du travail de M. Schwimmer sur les neuropatischen dermatosen.) (*Annales de Dermatologie*, 1882.)

Note sur l'histologie du psoriasis.— En collaboration avec M. E. Vidal. (*Comptes rendus de la Société de biologie*, mars 1882.)

Recherches anatomiques sur l'acné.— En collaboration de M. E.Vidal. (*Comptes rendus de la Société de biologie*, avril 1882)

Etudes histologiques à propos d'un cas de syphilis osseuse et articulaire. (*In thèse de M. Mericamp :* Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques tertiaires, Paris 1882.)

(*Et in thèse d'agrégation de M. Dubar :* Anatomie pathologique des ostéites, Paris 1883, pages 71 à 73, et planches III et IV.)

Chancre induré de l'espace interdigital compris entre le deuxième et le troisième orteil du pied droit. (*Annales de dermatologie*, 1882.)

Note sur l'emploi des bains continus en thérapeutique. (*Journal de thérapeutique*, 1882.)

Anatomie pathologique du lupus. — En collaboration avec M. E. Vidal. (*Comptes rendus de la Société de biologie*, novembre 1882.)

Recherches sur l'inoculation du lupus. (*Comptes rendus de la Société de biologie*, décembre 1882.)

Sur un cas de dilatation stomacale chronique. (*Revue mensuelle de médecine*, 1882.)

Note à propos de quelques cas de syphilis héréditaire tardive —En collaboration avec M. M. L. Perrin. (*Annales de dermatologie*, 1883.)

Cas de paralysie labio-glosso-laryngée. (*In mémoire de M. Déjerine :* Etude anatomique et clinique de la paralysie labio-glosso-laryngée.) (*Archives de physiologie*, 1883.)

Article Trophonévrose du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, 1883.

Lettre au docteur Unna, de Hambourg, à propos de l'histologie des vésicules et des pustules. (*Monatshefte für praktische dermatologie*, 1883.)

Syphilis et scrofulo-tuberculose. Observations de syphilis développée chez des sujets scrofulo-tuberculeux. (*In thèse de M. Ramonat :* La syphilis chez les scrofuleux, Paris 1883.)

Recherches anatomiques sur le Lichen plan. — En collaboration avec M. E. Vidal. (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 5 mai 1883.)

Variété spéciale de nodositées sous-cutanées d'origine rhumatismale. (*In travail de M. Troisier :* Les nodosités rhumatismales sous-cutanées.) (*Progrès médical,* décembre 1883.)

Note sur l'anatomie pathologique et la nature du psoriasis lingual (*Bulletins de la Société anatomique*, décembre 1883. *Progrès médical*, 1883.)

Anatomie pathologique du xeroderma pigmentosum. — En collaboration avec M. E. Vidal. (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 28 juillet 1883.)

Anatomie pathologique du lupus scléreux. — En collaboration avec M. E. Vidal. (*Annales de dermatologie*, 1883.)

Recherches expérimentales et histologiques sur la nature du lupus. — En collaboration avec M. V. Cornil. (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 28 juillet 1883.)

Anatomie pathologique de l'acné varioliforme confluente. (*Bulletins de la Société anatomique*, mai 1883.)

Revue critique de thérapeutique cutanée. (*Progrès médical*, septembre 1883.)

Analyse critique du mémoire de M. P. G. Unna sur l'Anatomie normale de la peau, paru dans le *Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie de Ziemssen*, 1883. (*Annales de Dermatologie*, 1883.)

Syphilis cérébrale. — Observations de syphilis cérébrale précoce. (*In thèse de M. Manchon* : De la syphilis cérébrale précoce, Paris 1883.)

Gangrène foudroyante de la verge et du scrotum (*In thèse de M. Lallemant* sur : La gangrène foudroyante spontanée des organes génitaux externes de l'homme, Paris 1884.)

Contribution à l'étude des purpuras. (*Annales de dermatologie*, 1884.)

Recherches sur les tuberculoses locales et générales déterminées par les inoculations de parcelles de lupus. — Recherche des bacilles dans le lupus. (*In thèse de M. Renouard* : Du lupus et de ses rapports avec la scrofule et la tuberculose, Paris 1884.)

Etude histologique d'un cas de lupus des os. (*In thèse de M. Renouard*, Paris 1884.)

Recherches expérimentales et histologiques sur la nature du lupus. — En collaboration avec M.V. Cornil. (*Archives de physiologie*, 1884.) — Avec une planche en chromo-lithographie.

Cancer et syphilis. — Observations de cas de cancers développés chez des sujets syphilitiques. (*In thèse de M. Ozenne* : Du cancer chez les syphilitiques, Paris 1884.)

Recherches sur l'anatomie pathologique et la nature des erythèmes et de l'erythème polymorphe en particulier. (*Bulletins de la Société anatomique*, 4 avril 1884.)

Tuberculose du perinée et de l'anus. — Ulcération tuberculeuse de la lèvre. — Tuberculose du vagin. — Observations communiquées à M. Babès et publiées dans son travail : Bacilles de la tuberculose dans une ulcération périnéale, dans la tuberculose du vagin et dans une ulcération de la lèvre inférieure. (*Bulletins de la Société anatomique*, 27 juillet 1883.)

Sur une nouvelle variété de périfolliculites suppurées, conglomérées en placards. (*Bulletins de la Société anatomique*, 2 mai 1884 et *Progrès médical* 27 juin 1884.)

Sur une variété nouvelle de périfolliculites suppurées et conglomérées en placards. (*Annales de dermatologie*, 1884.) — Avec deux planches en chromo-lithographie.

Affections cutanées reflétant une altération du système nerveux. Cas de vitiligo ayant précédé l'ataxie locomotrice. (*In thèse de M. Portalier* ; Des troubles trophiques de la période préataxique du tabès spécifique, Paris 1884.)

Inoculations de gourmes et d'impetigo. — Recherches expérimentales. (Note publiée pages 59, 60, 61. *In thèse de M. Verchère* : Des portes d'entrée de la tuberculose, Paris, juin 1884.)

Recherches sur la nature du lupus vulgaire. – Communication faite au Congrès international des Sciences médicales *Copenhague* 1884. (*Progrès médical*, 1884.)

De l'excision du chancre infectant comme moyen abortif de la syphilis. — Excision d'un chancre infectant 14 heures après son apparition. — Discussion. Communication au Congrès international des Sciences médicales. *Copenhague* 1884. (*Viertelyahresschrift für dermatologie und syphiligraphie*, 1884.)

Leçon d'ouverture de la clinique des maladies cutanées et syphilitiques. Faculté de médecine de Lille, 19 novembre 1884. (*Progrès médical*, décembre 1884.)

Leçons sur la syphilis professées à l'Hôpital Saint-Sauveur. (*Progrès médical*, 1885.)

Dermite professionnelle spéciale. — Eczéma des fileurs et varouleurs de lin. (*Annales de dermatologie*, 1885.)

Sur deux caractères cliniques d'une grande utilité au point de vue du diagnostic entre le chancre infectant et l'herpès dans les cas difficiles. — Raisons anatomo-pathologiques de ces caractères différentiels. (*Journal des connaissances médicales*, 3 avril 1885.)

Rapport sur la lèpre en Norwège. (Mission scientifique de l'Etat. Déposé en octobre 1884 au ministère de l'Instruction publique.)

Sommaire du rapport de M. Leloir sur la lèpre en Norwège. (Mission scientifique de l'Etat.) (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 13 juin 1885.)

La lèpre en Norwège. (*Semaine médicale*, 24 juin 1885.)

Etude sur la lèpre en Norwège. (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 6 juillet 1885.)

Etudes comparées sur la lèpre. — Anatomie pathologique de la lèpre. (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 18 juillet 1885.)

Recherches sur l'anatomie pathologique de la lèpre. (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 3 août 1885.)

Alcoolisme. Paralysie générale. Maux perforants. (*In thèse de M. Fauchon : Du mal perforant*, Paris 1885.)

Séméiologie de l'hémiplégie et en particulier de l'hémiplégie d'origine syphilitique. (*Bulletin médical du Nord*, 1885.)

Etudes comparatives sur la lèpre en Italie. (*Annales de dermatologie*, 1885.)

Valeur thérapeutique de l'élongation des nerfs dans la lèpre systématisée nerveuse. Note publiée dans le mémoire de M. Lagrange sur la valeur thérapeutique de l'élongation des nerfs. (*A. Delahaye*, Paris, 1886, page 151.)

Note sur le diagnostic différentiel entre le chancre simple, le chancre infectant et l'herpès. — Réclamation de priorité. (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 2 avril 1886.)

Des œdèmes de la peau considérés au point de vue anatomo-pathologique et pothogénique. (Mémoire manuscrit communiqué à M. Chuffart et résumé en partie dans sa thèse d'agrégation sur : Les manifestations rhumatismales du tissu cellulaire sous-cutané, Paris, 1886.)

Rhumatisme blennorrhagique. — Observation de rhumatisme blennorrhagique compliqué de péricardite; avec courbe thermique. (*In thèse d'agrégation de M. de Lapersonne :* Des arthrites infectieuses, Paris, 1886.)

Eléments d'histologie cutanée normale, appliqués à l'étude des lésions élémentaires de la peau. (*Bulletin médical du Nord*, juillet 1886.)

Recherches nouvelles sur les relations qui existent entre le lupus et la tuberculose. (*Annales de dermatologie*, juin 1886.)

Traitement de mélanodermies. (*Journal des connaissances médicales*, juillet 1886.)

Leçons sur la syphilis professées à l'hôpital Saint-Sauveur. — Volume in-8° de 213 pages, avec 11 figures intercalées dans le texte. (*A. Delahaye et Lecrosnier*, éditeurs, Paris, 1886.)

Traité pratique et théorique de la lèpre. — Grand volume in-4° raisin de 359 pages, avec 43 figures originales intercalées dans le texte et 7 tableaux statistiques. Accompagné d'un *Atlas* de 22 planches originales en chromolithographie et en héliogravure. (*A. Delahaye et Lecrosnier*, éditeurs, Paris, août 1886.)

Recherches nouvelles sur les affections cutanées d'origine nerveuse. — Des affections cutanées d'origine spinale produites par des lésions nerveuses périphériques. (*Annales de dermatologie*, décembre 1886.) — Avec six figures intercalées dans le texte et un tableau.

Des dermatoses par chóc moral. (*Annales de dermatologie*, 1887.)

Leçons sur les lésions élémentaires de la peau considérées au point de vue clinique. (~~Bulletin~~ Journal des connaissances médicales, 1887.)

Analyse critique des travaux de P. G. Unna sur les Rosanilines & les pararosanilines
(Bulletin médical mai 1887)

La Propagation de la syphilis dans la Région du Nord & les cabarets à femmes
(Bulletin de l'academie de médecine Juin 188

Anatomie pathologique & nature de la Leucoplasie buccale
(Comptes rendus de l'Institut 1887)

Recherches sur la Nature & l'anatomie pathologique de la Leucoplasie buccale (Psoriasis buccal)
(Archives de Physiologie Juillet 188)
avec 2 planches en Chromo-lithographie.

TRAVAUX

faits sous la direction de M. Henri LELOIR

M. Monnet. — Revue de dermatologie (*Progrès médical*, 1884.)

M. Jouanaud. — De la gale non prurigineuse (*Thèse de Paris*, 1883.)

M. Franceschi. — Du pemphigus chez les hystériques (*Thèse de Paris*, 1883.)

M. Declercq. — Du syphilôme chancriforme des organes génitaux (*Thèse de Lille*, juillet 1885.)

MM. Declercq et Masson. — Contribution à l'étude de la syphilis cérébrale chez l'enfant. — Sur quelques cas de syphilis héréditaire à manifestations cérébrales (*Annales de dermatologie*, 1885.)

M. Baude. — Contribution à l'étude du chancre simple. — Chancre simple papuleux (*Thèse de Lille*, mai 1886.)

M. E. Prévost. — Contribution à l'étude de la syphilis osseuse. — Fractures spontanées des os longs chez les sypbilitiques (*Thèse de Lille*, février 1886.)

M. Omer Lebrun. — Du vitiligo d'origine nerveuse (*Thèse de Lille*, mars 1886.)

M. H. Bidault. — Du lupus compliqué d'épithelioma. (*Thèse de Lille*, novembre 1886.) — Avec deux planches chromo-lithographiques.

M. Masurel. — Contribution à l'étude des maladies de la peau d'origine spinale produites par des lésions nerveuses périphériques (*Thèse de Lille*, mars 1887.)

M. Tavernier. — Contribution à l'étude des fractures dites spontanées chez les sujets syphilitiques (*Annales de dermatologie*, 1887.) Avec deux figures intercalées dans le texte.

M. Leroy. — Action de l'aconitine dans le traitement de la céphalée d'origine syphilitique (*Annales de dermatologie*, février 1887.)

M. Lévêque. — Des maladies cutanées produites par un choc moral (*Thèse de Lille*, mai 1887.)

M. de Bonnières. — De la gangrène dite foudroyante spontanée des organes génitaux externes de l'homme. (*Thèse de Lille*, avril 1887.) — Avec deux planches en chromo-lithographie.

M. Tavernier. — Dents de Hutchinson, syphilis acquise (chancre, roséole, etc.) (*Annales de dermatologie*, 1887.) Avec figures intercalées dans le texte.

M. Bidault. — Phénomènes urinaires prodromiques du début des myélites d'origine syphilitique (*Annales de dermatologie*, 1887.)

M. de Fisson. — De la syphilide pigmentaire en général, et en particulier de la syphilide pigmentaire chez l'homme. (*Thèse de Lille*, 1887.)

ANALYSE DES TRAVAUX

MALADIES DE LA PEAU ET DES MUQUEUSES ADJACENTES

ANATOMIE ET PATHOLOGIE GÉNÉRALES

Altération spéciale des cellules épidermiques. (*Société de biologie*, 30 mars 1878.) — Avec figures intercalées dans le texte.

Cette altération (que j'ai étudiée à l'hôpital de Lourcine sous la direction de M. Cornil et qui n'avait pas encore été décrite), consiste dans l'apparition d'un espace clair, débutant entre le noyau et le protoplasma de la cellule épidermique. (Au niveau de la zône hyaline centrale périnucléaire de Ranvier.) Cet espace va toujours en augmentant aux dépens du protoplasme et transforme la cellule en une cavité renfermant un noyau plus ou moins altéré (altération cavitaire).

Mode spécial d'altération des cellules épidermiques. (*Société de biologie*, 11 Mai 1878.) — Avec figures intercalées dans le texte.

Ce travail, constitue la suite du précédent. Il montre que cette altération des cellules épidermiques est caractérisée par l'augmentation considérable de la zône hyaline périnucléaire ; par la disparition du protoplasme qui n'est plus représenté

que par une bande mince, d'apparence fibrillaire ; par la disparition de dentelures de ces cellules devenues cavitaires, lesquelles rappellent d'une façon frappante des cellules végétales. — Ces cellules devenues ainsi cavitaires finissent par s'ouvrir les unes dans les autres pour former des cavités anfractueuses pleines de leucocytes, etc. Par son début et son mode d'évolution, cette altération spéciale présidant à la formation des suppurations intra-épidermiques (vésicules, pustules, etc) que j'ai désignée sous le nom « d'altération cavitaire » se distingue de l'altération vésiculeuse des cellules épidermiques par hydropisie du nucléole qui a été décrite par MM. Cornil et Ranvier, laquelle appartient surtout aux processus de desquamation.

Altération spéciale des cellules épidermiques. (*Archives de physiologie*, Novembre 1878.) — Avec deux planches en chromo-lithographie.

Ce travail montre que l'altération décrite plus haut préside à la formation de diverses suppurations intra-épidermiques. C'est par le processus de l'altération cavitaire que se forment les foyers purulents observés dans l'épiderme qui recouvre certains chancres infectants, certaines plaques muqueuses ; que se produisent les pustules de l'impetigo, de l'ecthyma, etc.

Sur les altérations de l'épiderme dans les affections de la peau et des muqueuses qui tendent à la formation de vésicules, de pustules ou de productions pseudo-membraneuses. (*Bulletin de la Société anatomique*, 22 novembre 1879.)

Altérations de l'épiderme dans les affections de la peau ou des muqueuses qui tendent à la formation de vésicules, de pustules, ou de productions pseudo-membraneuses. (*Comptes rendus de l'Institut*. Académie des Sciences, 24 Novembre 1879.)

Les deux notes précédentes constituent le résumé des principales conclusions qui découlent des deux travaux suivants. Pour éviter les redites, je me bornerai à reproduire l'analyse qui a été faite de ces deux travaux parus dans les *Archives de*

physiologie et dont les conclusions ont été entièrement adoptées par les histologistes et dermatolagistes français et étrangers :

Contribution à l'étude de la formation des pustules et des vésicules sur la peau et les muqueuses. (*Archives de physiologie*, 1880.) — Avec deux planches en lithographie.

Ce travail a été couronné par la *Société de biologie* (1re mention, 1882) et par la *Société des Sciences de Lille* (grande médailles d'or, 1882)

Voici l'analyse qui a été faite de mon mémoire, dans les *Annales de dermatologie* de 1881, page 365, par M. le docteur Merklen :

« Cette étude est le complément et la conclusion d'une série de recherches que » l'auteur a entreprises sur le mode de formation des pustules et des vésicules, » recherches consignées dans le *Bulletin de la Société de biologie* (1878), de » l'*Académie des Sciences* et de la *Société anatomique* (1879), enfin dans un premier » travail publié dans les *Archives du physiologie*, en 1878. Les détails précis et » nouveaux que donne Leloir sur l'histologie pathologique des vésicules et des » pustules ont cet intérêt qu'ils ont été obtenus, grâce à la méthode d'examen à » l'état frais de fragments de peau excisés chez les malades, méthode que M. le » docteur Ernest Besnier a désignée sous le nom de biopsie. D'autre part, il s'agit » de résultats synthétiques, puisque le processus commun de vésiculation et de » pustulation décrit par l'auteur a été observé par lui dans diverses lésions du » même genre, mais de causes variées, à savoir : dans la pustule de la variole à » ses différentes phases, dans la pustule vaccinale, dans les syphilides varioli- » formes, les plaques muqueuses vésiculeuses, l'ecthyma infantile, l'impetigo.

» Le processus qui préside à la formation des vésicules et pustules sur la peau » et les muqueuses, identique dans les différents cas, peut se résumer de la » manière suivante : le processus se passe dans le corps de Malpighi et dans la » couche des cellules granuleuses de Auffhamer et Langerhans, ainsi que cela » est aujourd'hui généralement admis. La pustule représente le dernier terme de » diverses phases qui sont aussi constituées par des lésions distinctes, la macule, » la papule, la vésicule, enfin la pustule.

» L'auteur n'a pu se procurer des fragments de peau à la période maculeuse ;

» il rappelle que la macule, d'après Bærenspung et d'autres dermatologistes,
» tiendrait à l'hypérémie du corps papillaire, hypéremie qui s'étendrait même à
» tout le derme.

» La papule est due pour la plus grande part à des altérations cellulaires qui
» présentent un caractère irritatif manifeste, à savoir : la prolifération des cellules
» épithéliales et leur augmentation de volume, lésions accompagnées de l'hyper-
» trophie inflammatoire des papilles dermiques et quelquefois du derme lui-même.
» Mais, à côté de ces altérations en quelque sorte diffuses, il existe une sorte de
» dégénérescence des cellules épithéliales, premier indice de la lésion vésiculeuse.
» C'est cette modification spéciale qui constitue le fait original des recherches de
» Leloir. Elle consiste dans la formation d'un espace clair situé entre le noyau et
» le protoplasma, espace clair qui entoure le noyau et va toujours en augmentant,
» de manière à refouler le protoplasma vers la périphérie et à former une sorte
» de cavité périnucléaire. Le noyau persiste intact, souvent bourgeonne et se
» divise, parfois se ratatine dans un coin de l'espace clair. Dans cette période,
» les dentelures des cellules épithéliales persistent ; le protoplasma reste granu-
» leux, mais a simplement diminué d'étendue.

» Lorsque la lésion cutanée doit aboutir à la formation d'une vésicule, la cavité
» circumnucléaire s'accroît, le protoplasma, refoulé à la périphérie, n'est plus
» représenté que par une bande mince, d'apparence fibrillaire : c'est le deuxième
» degré de la lésion, la formation réticulaire. Le protoplasma des cellules perd son
» aspect granuleux, se racornit ; les dentelures disparaissent, les cellules adhè-
» rent intimement les unes aux autres. Ainsi se trouve formé dans le corps de
» Malpighi un reticulum à mailles plus ou moins larges, contenant des noyaux. —
» A un degré plus avancé, ces mailles se rompent, d'où la formation de petites
» cavités remplies de globules de pus, d'abcès intra-épidermiques.

» Enfin la réunion de ces petites cavités, avec persistance de la couche cornée
» de l'épiderme, constitue la pustule. — Celle-ci renferme, indépendamment du pus
» et du liquide qui proviennent des papilles, de fins filaments fibrineux qui forment
» dans les mailles du reticulum épithélia un reticulum fibrineux beaucoup plus fin.

» L'auteur se demande quelle est la nature de l'altération cellulaire spéciale
» qu'il a décrite. Il ne la croit pas comparable à l'altération vésiculeuse du noyau
» par dilatation du nucléole, altération décrite par Ranvier. Il ne pense pas qu'il

» s'agisse ni d'une dégénérescence graisseuse, ni d'une altération colloïde, ni d'une » hydropisie des cellules. La nature précise de cette altération n'est pas bien » déterminée, mais Leloir serait tenté d'en faire une sorte de dégénérescence » fibrineuse ; elle appartient à la catégorie vague des dégénérescences fibrineuses » de l'épithélium, d'autant plus que cette lésion se rencontre aussi dans le processus » qui aboutit à la formation des productions pseudo-membraneuses.

» Ainsi que le démontre la prolifération des cellules épithéliales et de leurs » noyaux, l'altération cellulaire décrite par Leloir est, du moins, dans ses premières » périodes, un phénomène irritatif. L'agent irritant peut être divers : dans les » maladies virulentes (variole, syphilis, etc.), c'est le sang ou la lymphe venus des » papilles du derme qui, pénétrant l'épiderme, y déterminent des phénomènes » irritatifs semblables à ceux qu'on obtient par les moyens externes, huile de croton, » vésicatoires, etc.; dans d'autres maladies, l'irritation cellulaire est le fait d'alté- » rations nerveuses ou de troubles vasculaires.

» Indépendamment de ces recherches originales, on trouvera dans l'intéressant » mémoire de Leloir un historique complet et détaillé de la question ; à ce double » titre, il sera consulté avec fruit.»

Contribution à l'étude de la structure et du développement des productions pseudo-membraneuses sur les muqueuses et sur la peau. (*Archives de physiologie*, 1880.) — Avec une planche en lithographie et plusieurs figures intercalées dans le texte.

Ce travail a été récompensé par l'Académie de médecine (Mention au prix Saint-Paul, 1882)

Voici l'analyse qui a été faite de mon mémoire dans les *Annales de dermatologie* de 1881, page 367, par M. le docteur Merklen :

« Deux opinions opposées règnent dans la science sur la structure des fausses » membranes. Pour les uns, la fausse membrane est uniquement un *exsudat* » *fibrineux* ; pour les autres, au contraire, la fausse membrane est uniquement un » *produit de transformation épithéliale.* Cette dernière opinion est celle de Wagner et » d'un grand nombre d'histologistes ; la première est toute classique depuis les » travaux de Bretonneau et de Trousseau. Elles sont d'après Leloir, trop exclusives » l'une et l'autre.

» Les recherches de l'auteur ont porté :

» 1° Sur les lésions cutanées et muqueuses diverses tendant à la formation de » productions pseudo-membraneuses (plaques muqueuses diphthéritiques, chancres » indurés recouverts d'une pseudo-membrane, pseudo-membranes d'angine herpé- » tique, vésicatoires couenneux, etc.) ;

» 2° Sur des fausses membranes d'angines et de laryngites diphthéritiques ;

» 3° Sur des fausses membranes obtenues en irritant artificiellement, au moyen » de l'ammoniaque, la muqueuse buccale, pharyngée, laryngotrachéale d'un grand » nombre d'animaux.

» Les fausses membranes des muqueuses à épithélium stratifié ont été étudiées » surtout par l'auteur qui, parmi ses conclusions, a établi ce fait bon à mettre en » relief immédiatement, que toutes ces fausses membranes, quelles que soient leur » cause et la maladie qui leur a donné naissance, ont une structure identique, un » mode d'évolution commun. L'examen comparatif des fausses membranes expéri- » mentales et des fausses membranes diphthéritiques est la base de ce travail.

» On peut distinguer cinq périodes dans l'évolution de la fausse membrane, » périodes caractérisées à la fois par des modifications à l'œil nu, reconnaissables » cliniquement et par des particularités histologiques qui permettent d'en saisir le » processus.

» Une première période est caractérisée macroscopiquement par la rougeur. » Cette rougeur correspond déjà, ainsi que l'auteur a pu s'en convaincre dans » l'étude de la pseudo-membrane expérimentale, à certaines altérations des cellules » qui se rapprochent de celles observées à la période papuleuse de l'évolution de » la pustule. En effet, les cellules les plus superficielles présentent une zône claire, » étroite, autour du noyau : c'est le début de l'altération cavitaire. En même temps, » les cellules augmentent de volume, celles des couches profondes sont également » tuméfiées et présentent une tendance manifeste à la prolifération. On observe, » d'autre part, que les vaisseaux du derme sont gorgés de globules blancs, et l'on » trouve dans le tissu conjonctif un assez grand nombre de globules blancs situés » surtout autour des vaisseaux, et qui sont très probablement un produit de » diapédèse.

» A la rougeur succède une plaque opaline caractérisée histologiquement par » une dégénérescence cavitaire plus avancée, qui aboutit à la formation d'un réticu-

» lum renfermant dans ses mailles de la fibrine et des globules de pus. En examinant » la lésion à l'état frais par dissociation, on observe que les débris du réticulum, » déchirés par la dissociation, présentent un aspect qui rappelle les cellules en » corne de cerf décrites par Wagner, et qui ont fait dire à cet auteur que la fausse » membrane est un produit de transformation épithéliale. A cette période aussi le » derme est infiltré d'un grand nombre de globules blancs que l'on rencontre » surtout autour des vaisseaux; parfois il renferme aussi des globules rouges plus » ou moins altérés.

» Si la lésion en reste là, la pseudo-membrane se détache, un épithélium nou- » veau se forme sous elle, et une simple inflammation catarrhale se produit au » niveau de la région malade : c'est l'angine catarrhale de Trousseau.

» L'altération continuant au contraire à évoluer, abontit à la formation de la » plaque blanche ou fausse membrane blanche, opaque. Ici, le reticulum épithélial » se détruit et se dissocie, envahi par les liquides et le pus venus du derme; cet » exsudat fibrino-purulent de plus en plus abondant, vient constituer à la surface » du réticulum désagrégé une couche fibrino-purulente : c'est l'angine pseudo- » membraneuse, de Trousseau. A cette période, une fausse membrane présente » donc une couche superficielle fibrino-purulente, une couche profonde constituée » par le réticulum épithélial désagrégé, renfermant dans ses mailles de la fibrine » coagulée et du pus.

» A un degré plus avancé, on a la fausse membrane gris-jaunâtre. Ici le » réticulum épithélial de plus en plus désagrégé, n'existe plus que dans les parties » profondes de la fausse membrane. Celle-ci est alors presque uniquement cons- » tituée par un exsudat fibrino-purulent, renfermant du mucus, des débris du » réticulum épithélial primitif qu'il refoule vers la surface des cellules épithéliales » granulo-graisseuses, et parfois des parasites et des globules rouges altérés.

» Enfin, à sa dernière période, la fausse membrane est jaune, pulpeuse, en » train de se désagréger. Cette altération de la fausse membrane est la consé- » quence, soit d'une dégénérescence granulo-graisseuse de ses éléments, soit » d'une sécrétion muco-purulente qui, se faisant sous elle, rompt les tractus » épithéliaux qui la réunissent au derme et finit par la détacher. Dans les cas » heureux et bénins, la lésion en reste là, et tout rentre dans l'ordre; dans les » cas graves, il se fait de nouveaux exsudats fibrino-purulents ; à peine enlevées,

» les fausses membranes se reforment avec une rapidité excessive, sans que l'on » puisse suivre leurs différentes périodes d'évolution. Enfin, on peut observer une » véritable nécrose du derme par suite de la compression des vaisseaux par les » globules blancs et l'exsudat fibrineux qui les entourent ; cette nécrose a pour » conséquence l'ulcération et la gangrène, terminaisons heureusement exception- » nelles.

» En résumé, la fausse membrane, d'origine purement épithéliale au début, » devient plus tard une fausse membrane mixte (épithéliale et fibrino-purulente), » puis presque uniquement une fausse membrane fibrino-purulente, indiquant une » lésion d'autant plus avancée que le réticulum épithélial est plus altéré. Les » auteurs ont donc été trop exclusifs en admettant uniquement soit la théorie » exsudative, soit la théorie épithéliale, comme mode de déformation de la fausse » membrane.

» Un fait important qui se dégage des recherches de Leloir, c'est la banalité de » la fausse membrane et l'impossibilité de résoudre par le microscope le diagnostic » entre la pseudo-membrane diphtéritique et la fausse membrane herpétique, par » exemple. La structure et le mode d'évolution sont les mêmes dans les différents » cas.

» Enfin, comme conclusion de son travail, l'auteur fait un rapprochement » intéressant entre le processus de la vésiculation et de la pustulation, et celui de » la fausse membrane. Le processus est le même dans les deux cas et se résume » en deux altérations fondamentales : l'altération cavitaire des cellules épithéliales, » qui aboutit à la formation d'un réticulum épithélial ; l'exsudat fibrino-purulent » venant du derme qui désagrège et détruit le réticulum. Toute la différence réside » dans la persistance de la couche cornée qui forme une barrière à l'exsudat dans » la pustule. On pourrait donc théoriquement comparer une petite pseudo-mem- » brane à sa troisième période, à une vésico-pustule dont on aurait enlevé la » couche cornée. Dans les deux cas, l'altération est d'origine irritative, que l'agent » irritant soit externe ou interne. La persistance de la cause irritante, la virulence » du sang et de la lymphe, expliquent peut-être pourquoi dans les diphthéries toxiques » les fausses membranes ne cessent de se reformer, tandis qu'elles se désagrègent » pour ne plus reparaître dans d'autres états morbides passagers ou à la suite des » irritations externes par l'ammoniaque. »

Fausses membranes diphthéritiques. (*Bulletins de la Société anatomique*, décembre 1880.)

Je montre de nouveau dans cette note que les fausses membranes d'origine diverse (dipthérie, herpès, syphilides, etc.) qui se développent au niveau des épithéliums pavimenteux stratifiés, présentent toutes uue structure analogue, quand on les étudie à des périodes correspondantes de leur développement. Comme l'a justement fait remarquer M. Charcot, on a eu tort de demander à l'anatomie-pathologique des fausses membranes plus qu'elle ne peut donner, en s'obstinant à chercher des caractères anatomiques spécifiques permettant de les distinguer les unes des autres.

Lettre au Docteur Unna, de Hambourg, à propos de la formation de « l'altération cavitaire » dans le processus de vésico-pustulation, etc. (*Monatshefte für praktische dermatologie*, 1883.)

J'insiste dans cette lettre sur la différence qui existe entre la transformation des cellules par dilatation vésiculeuse du nucléole (Cornil et Ranvier) ; la coagulations-nécrose de Weigert, et l'altération que j'ai décrite sous le nom de *cavitaire*. L'altération cavitaire débute dans la zône hyaline centrale périnucléaire, transforme la cellule en une cellule d'apparence végétale, préside à la formation des vésicules et pustules, etc., et à celle de certaines productions membraneuses sur les muqueuses à épithelium stratifié, comme je l'ai prouvé et comme l'ont montré après moi, les travaux de MM. Pincus, Touton, Bruneau, Renaut, Unna, Balzer, Laveran et Teissier, etc.

Analyse critique du mémoire de M. P. G. Unna sur l'anatomie normale de la peau, paru dans le Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie de Ziemssen, 1883. (*Annales de dermatologie*, 1883, page 711.)

Je profite de ce travail critique pour intercaler quelques-unes de mes recherches personnelles sur l'histologie normale de la peau. Je conteste l'opinion d'Unna comme trop absolue, lorsqu'il considère les prolongements de l'épiderme dans le derme comme étant toujours d'autant plus prononcés que la couche cornée de

l'épiderme est plus épaisse. Comme Kölliker et Unna, je n'admets pas l'existence d'une basement-membrane séparant l'épiderme du derme.

Je dis quelques mots des recherches relatives à la Kariokinèse (Flemming) que j'ai faites sur des coupes de peau normale, de papillômes, epitheliômes, végétations, etc. J'insiste sur l'importance de la zône hyaline centrale perinucléaire. Comme Unna, j'ai constaté en faisant digérer dans la pepsine ou la trypsine, des lambeaux de la couche cornée, qu'il existe des vestiges rudimentaires des piquants des cellules du corps de Malpighi, sur la paroi des cellules de la couche cornée. Je montre, comme Unna, que l'akératinisation n'envahit pas tout le corps de la cellule cornée, mais seulement sa paroi externe, son manteau.

L'anatomie comparée, basée sur ce fait, me permet d'expliquer la production des lésions du molluscum contagiosum, etc. Je repousse l'opinion de Waldeyer et Unna, qui font de l'éléïdine de Ranvier une snbstance solide qu'ils nomment Keratohyaline.

Adoptant entièrement sur ce point l'opinion de M. Ranvier, je considère l'éléïdine décrite par cet auteur comme une substance liquide.

Leçon d'ouverture de la Clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Lille, 19 novembre 1884. (*Progrès médical*, décembre 1884.)

Cette leçon renferme des généralités sur les progrès faits dans ces dernières années dans l'étude de la dermato-syphiligraphie, et un chapitre dans lequel je montre le procédé et la marche à suivre pour pratiquer l'examen clinique complet et précis d'un malade atteint d'une affection de la peau. Je résume pour les élèves, sous forme de tableaux, la façon dont ils devraient toujours procéder pour étudier un sujet atteint d'une éruption cutanée.

Eléments d'histologie cutanée normale, appliqués à l'étude des lésions élémentaires de la peau. (*Bulletin médical du Nord*, juillet 1886.) Leçons professées à l'hôpital Saint-Sauveur et recueillies par M. Tavernier, aide de clinique.

Pour bien comprendre le mode de formation des lésions élémentaires de la peau, pour arriver à classer ces lésions diverses il faut s'appuyer sur l'histologie.

Ces leçons comprennent d'abord une étude détaillée de l'épiderme au point de vue de la formation des lésions élémentaires. Les lésions et le rôle des différentes couches épidermiques : couche cornée, couche granuleuse, corps de malpighi sont tour à tour passés en revue.

La couche cornée joue un rôle majeur dans les lésions qui dépendent du processus que j'ai décrit sous le nom «d'altération cavitaire» (processus tendant à la vésico-pustulation.) C'est la couche cornée qui constituera la voûte supérieure des vésicules superficielles, et qui enlevée (sur les muqueuses par exemple) laissera apparaître sous forme de fausse membrane le réticulum épidermique sous-jacent provenant de l'altération cavitaire. Dans la desquamation, dans l'akératinisation on voit (comme je l'ai montré avec M. E. Vidal) dans les parties inférieures de la couche cornée, les cellules apparaître distinctement avec un protoplasme et un noyau colorés en rouge par le carmin. La couche cornée rappelle alors une coupe d'épiderme muqueux.

Vient ensuite une étude pratique de la structure et des fonctions de la couche granuleuse ainsi que de la substance qu'elle renferme (éléïdine).

Les lésions survenant au niveau du corps de Malpighi ne peuvent guère avoir lieu que par l'altération *individuelle* des éléments cellulaires pris isolément. L'altération cavitaire joue ici un rôle majeur dans la formation des vésico-pustules, etc. Il en résulte qu'il importe de distinguer le processus histologique qui préside à la formation des vésicules et celui qui préside à la formation des bulles. Pour la vésico-pustule il faut l'altération préalable (par altération cavitaire) de chaque élément cellulaire pris isolément. La vésico-pustule est donc formée par une grande quantité de cavités. Pour la bulle il se fait simplement des clivements (comme l'a bien montré M. Renaut, de Lyon), au niveau des loci minoris résistentiœ siégeant entre les différentes couches de l'épiderme. Aussi la bulle n'est-elle formée que par une seule cavité. Il en résulte, comme je l'ai dit, page 811 du manuel de MM. Cornil et Ranvier (2e édition), que si l'on examine à travers l'épiderme le contenu d'une bulle, on voit les parties plus opaques formées par du pus se déposer dans les régions déclives, tandis que la partie séreuse, transparente du liquide se trouve dans la région supérieure. Le phénomène ne peut se produire dans les pustules qui sont multi-loculaires.

J'étudie ensuite la couche de cellules perpendiculaires et la production du

pigment dans la peau. Je montre l'importance dans l'histologie pathologique de la peau des recherches de Flemming sur la kariokinèse. J'insiste sur le rôle des lésions du système circulatoire et nerveux dans la production de certaines altérations cutanées. Comme je l'ai montré en 1881, dans mes travaux sur les affections cutanées d'origine nerveuse, on peut, après avoir comparé la peau à une glande étalée, diviser les phénomènes pathologiques qui se passent au niveau de la peau sous l'influence du système nerveux en : 1° phénomènes trophiques purs ; 2° phénomènes vaso-moteurs ; 3° phénomènes mixtes (trophiques et vaso-moteurs combinés). Avec cette division, on a une formule plus simple et plus physiologique pour comprendre les affections cutanées d'origine nerveuse et l'on explique plus facilement le polymorphisme des lésions élémentaires ainsi produites.

Je termine par des considérations générales sur la physiologie de l'épiderme, sur l'absorption cutanée et sur l'action des bains continus en thérapeutique.

Journal des connaissances

Des lésions élémentaires de la peau. (~~Bulletin~~ *médical*, 1887.)

Ces leçons ont été professées en 1885-1886 à la Faculté de médecine de Lille (Clinique des maladies cutanées et syphilitiques). Elles constituent l'un des chapitres d'un livre que je prépare sur les maladies de la peau et qui sera intitulé : *Leçons sur les affections de la peau et des muqueuses adjacentes.*

On ne peut dire dans le sens absolu du mot que l'étude des phénomènes objectifs d'une maladie cutanée est l'étude des lésions élémentaires; car il ne faut pas confondre les difformités du tégument avec les lésions élémentaires de celui-ci.

Il me semble plus pratique et plus commode de définir l'étude des lésions élémentaires de la peau, l'*étude des boutons* (lésions objectives primitives). En effet, en présence des importantes recherches anatomo-pathologiques, cliniques et expérimentales qui ont pour ainsi dire transformé la dermatologie dans ces dernières années, et qui l'ont fait passer d'une période synthétique dans une période analytique et scientifique, les classifications des lésions élémentaires employées encore actuellement par les dermatologistes me semblent-elles devoir être modifiées en quelques points.

Voici la classification que je propose :

1° Taches. — Ce groupe n'existe pas dans les classifications courantes où les taches sont confondues avec les macules. Je réserve le nom de taches aux troubles

permanents survenus dans la coloration du tégument, ce qui les distingue des macules qui déterminent seulement un trouble passager dans la coloration de celui-ci. Je divise les taches en taches pigmentaires et en taches vasculaires.

2° MACULES. — Je définis les macules des troubles *passagers* survenus dans la coloration du tégument. On peut les diviser en :

A. — *Macules par dilatation vasculaire simple.* — Cette dilatation peut tenir à une hypérémie active ou passive. Dans cette variété de macules ce qui prime, c'est la dilatation vasculaire. Il n'y a pas de diapédèse. Leur type est la roséole émotive.

B. — *Macules congestives avec diapédèse.* — Ici il n'y a pas seulement dilatation vasculaire par congestion active ou passive; il y a diapédèse d'une partie du sérum et de quelques éléments figurés du sang. Aussi cette lésion élémentaire est-elle toujours un peu saillante. Ce n'est plus à proprement parler une macule pure, c'est une maculo-papule congestive. Son type est la maculo-papule de l'érythème polymorphe au début.

C. — *Macules hématiques.* — Leurs types correspondent aux différentes variétés de purpura.

3° PAPULES. — Je donne le nom de papules à des boutons survenant à la surface du tégument, boutons plus ou moins saillants, plus ou moins volumineux, non persistants, (ce qui les distingue de certaines difformités peu étendues) ; résolutifs, (ce qui les distingue des tubercules). J'insiste sur cette distinction qui, chose étonnante, n'existe pas dans les classiques dermatologiques où les auteurs essaient de distinguer la papule du tubercule par la comparaison de leur volume, de leur saillie, de leur consistance, ce qui n'est pas possible en clinique, et négligent le seul caractère vraiment distinctif : la résolution dans l'une, la non-résolution dans l'autre.

Je divise les papules en :

A. ~~*Maculo*~~*-papules congestives.* — Ce sont des papules provenant seulement de troubles vasculaires et de la diapédèse séreuse et globulaire qui en est la conséquence) : type maculo-papule de l'érythème papuleux. — A ce groupe se rattachent les maculo-papules congestives à centre ischémique ou pomphy : Type urticaire.

B. *Papules néoplasiques.* — Ce sont des papules où l'infiltration par les cellules

embryonnaires, la prolifération des cellules fixes du tissu conjonctif l'emporte de beaucoup sur les troubles vasculaires : Type lichen plan.

4° Vésicules.

5° Pustules. — Que je proposese de diviser en pustules ex-ulcéreuses et en pustules ulcéreuses.

6° Bulles ou phlyctènes.

7° Tubercules. — Je définis le tubercule : Une néoplasie, siégeant dans le derme, de nature inflammatoire, non résolutive spontanément (tendant par conséquent à la destruction partielle ou totale des tissus dans lesquels elle s'est développée), renfermant un micro-organisme pathogène. Cette définition nouvelle du tubercule permet de le distinguer de la papule d'une part, et des tumeurs de la peau d'autre part.

8° Gommes. — Je définis la gomme cutanée : Une néoplasie, siégeant dans l'hypoderme, de nature inflammatoire, non résolutive spontanément (tendant par conséquent à la destruction partielle ou totale des tissus dans lesquelles elle s'est développée et à la formation de cicatrices par ulcération ou par résorption interstitielle), renfermant un micro-organisme pathogène. Cette définition nouvelle des gommes permet de les distinguer des nodosités de l'érythème noueux, des nodosités rhumatismales, etc., par exemple d'une part, et d'autre part des tumeurs.

9° Tumeurs. — Avec MM. Cornil et Ranvier, je définis la tumeur, une masse constituée par un tissu de nouvelle formation, ayant de la tendance à s'accroître. La deuxième partie de cette définition de MM. Cornil et Ranvier (2° édition, tome I, page 138.) permet selon moi d'éliminer des tumeurs les néoplasmes inflammatoires virulents : Gommes, tubercules (qui disparaissent par nécrose, suppuration ou aboutissent à la transformation fibreuse). On pourrait peut-être ajouter que l'on doit réserver le nom de tumeurs aux masses constituées par un tissu de nouvelle formation qui ne renferment pas de micro-organisme pathogène. —

Vient ensuite l'étude des *Lésions objectives secondaires.*

HYPÉRÉMIES ET ŒDÈMES DE LA PEAU ET DES MUQUEUSES ADJACENTES. HÉMORRHAGIES CUTANÉES. — PURPURAS (1)

Du purpura hémorrhagique. (*Progrès médical*, 1881.)

Analyse critique des travaux parus dans les dernières années sur le purpura.

Contribution à l'étude des purpuras. (*Annales de dermatologie*, janvier 1884.)

Ce travail a pour base principale deux observations détaillées, suivies d'autopsie et d'examen histologique minutieux.

La première observation constitue un bel exemple de purpura d'origine vasculaire ; l'autre est un cas intéressant de purpura par altération du sang sans lésions vasculaires appréciables. Dans la première observation, j'ai pu constater à l'autopsie des lésions notables des vaisseaux cutanés caractérisées : 1° par une dilatation énorme de ces vaisseaux (purpura télangiectasique de M. Cornil) ; 2° par des altérations prononcées des parois vasculaires. Les lésions vasculaires les plus importantes consistaient en une altération prononcée des capillaires (prolifération abondante de l'endothélium capillaire avec tendance à la desquamation de celui-ci.) *Cette capillarite desquamative* avec tendance aux embolies capillaires n'avait pas encore été signalée dans le purpura. Elle est analogue à l'endartérite desquamative signalée par M. Hayem au niveau des gros vaisseaux cutanés dans trois cas de purpura. En somme, chez ce sujet cachectisé, atteint d'artérite ou mieux de vascularite diffuse (capillarite desquamative avec tendance aux embolies), en imminence de purpura en un mot, survient une cause d'hypérémie dans les

(1) Un certain nombre de mes travaux sur le Purpura, les Erythèmes, les Périfolliculites suppurées et conglomérées, la nature du Lupus, l'Acné, réunis sous la rubrique *Etudes dermatologiques*, ont été couronnés par l'Académie de médecine. Prix Barbier, 1885.

capillaires du derme déjà malades (œdème lymphangitique intercurrent). Les capillaires ne sont plus capables à résister, ils se dilatent d'une façon exagérée à la périphérie de la plaque purpurique (purpura télangiectasique de Cornil); ils se rompent au centre de la plaque; l'hemorrhagie cutanée est constituée. Ce cas résume et représente en quelque sorte toutes les causes vasculaires invoquées dans la pathogénie du purpura; hypérémie, stase sanguine avec dilatation vasculaire considérable, lésions des vaisseaux (endartérite et *capillarite* desquamatives.)

L'autre observation qui doit être opposée à celle-ci constitue un exemple curieux et non signalé encore de purpura avec hémorrhagies considérables, où les lésions vasculaires étaient nulles (primitivement bien entendu), et où la cause du purpura doit être cherchée dans la *dyscrasie sanguine*. Il n'y a pas eu dans ce cas d'altérations primitives des vaisseaux. Mais la rupture vasculaire qui a déterminé l'hémorrhagie semble pouvoir s'expliquer de la façon suivante, si l'on tient compte de la présence dans un grand nombre de vaisseaux cutanés, de caillots constitués par de la fibrine coagulée en faisceaux épais, adhérents à la paroi capillaire. Sous l'influence de la dyscrasie sanguine, il se serait produit des *caillots par précipitation* (comme M. Hayem l'a montré expérimentalement sur des animaux, en 1883) formant de véritables embolies, lesquelles en s'arrétant dans les petits vaisseaux de la peau y ont constitué des infarctus hémorrhagiques.

A la suite de la discussion qui accompagne ce mémoire, je propose de classer les purpuras de la façon suivante :

A. — Purpura par modification des vaisseaux.

1° Par perturbation de la circulation capillaire, qu'elle qu'en soit l'origine, amenant une hypérémie active ou passive, et produisant, suivant les cas, une hémorrhagie par diapédèse ou par rupture vasculaire (c'est dans ce premier groupe que devrait rentrer le purpura nerveux;

2° Purpura télangiectasique de Cornil (mon premier cas);

3° Purpura par altérations primitives des parois vasculaires, et ruptures consécutives de ces parois : artérites (Hayem, Cornil); plébites; capillarites (mon premier cas.)

B. — Purpura par modification du sang.

1° Par fluidité plus grande du sang? (Si l'existence de ce groupe était démontrée, ce serait un purpura par diapédèse.)

2° Par obstructions vasculaires déterminées par des éléments quelconques contenus dans le sang, et amenant la formation de thromboses ou d'embolies. Ce purpura peut se faire par diapédèse. Il paraît se faire plus ordinairement par rupture vasculaire ; c'est le plus souvent un infarctus hémorrhagique du tégument.

A. Par formation de caillots (par précipitation et constituant des embolies) dans les dyscrasies sanguines (mon deuxième cas — Expériences de M. Hayem).

B. Par embolies constituées par des globules blancs. Exemple : Leucocythémie (MM. Ranvier et Ollivier).

C. Par embolies constituées par des microbes (Conheim, Cornil).

D. Par embolies constituées par des hématies altérées ? (Hayem, Malassez, Ducastel).

C. — Purpura nerveux.

En terminant j'ai soin de remarquer, en m'appuyant sur les faits observés, que le plus souvent la pathogénie du purpura est *complexe;* et que lorsque cette complexité pathogénique est reconnue, il faudra toujours essayer de déterminer quelle est l'importance relative de ces différentes causes.

Recherches sur l'anatomie pathologique et la nature des érythèmes, et de l'érythème polymorphe en particulier. (*Bulletins de la Société anatomique*, 4 avril 1884.)

Voici l'analyse qui a été faite de mon mémoire par M. Thibierge, dans les *Annales de dermatologie*, 1885, page 364 :

« Dans les diverses variétés papuleuses de l'érythème polymorphe, les lésions, » contrairement à ce qui avait été admis par Lewin, ne débutent pas par » l'hypoderme, mais bien par le derme lui-même. Il y a d'abord une dilatation des » vaisseaux dermiques, principalement de ceux de la couche papillaire et des » parties moyennes du derme, avec très léger degré de diapédèse des globules » blancs : ces altérations produisent une simple rougeur maculeuse sans infiltration » apparente de la peau.

» Plus tard, les vaisseaux dilatés s'entourent de véritables manchons de cellules » lympathiques extravasées en même temps qu'il y a extravasation de quelques » globules rouges, d'une partie du sérum sanguin coloré par l'hémoglobine : à ces

» lésions correspondent des *macules* légèrement saillantes *avec léger épaississement* » *de la peau.*

» Lorsque des papules véritables se sont formées, on constate une hypérémie » exsudative du derme et de l'hypoderme, mais surtout du derme : les vaisseaux » sont dilatés et entourés d'épais manchons de leucocytes, que l'on retrouve » également à une certaine distance des vaisseaux dans les mailles du tissu » conjonctif et qui ont dû être pris pour des cellules embryonnaires en prolifération » par Bohn et Köbner. En outre, il y a extravasation d'un nombre plus ou moins » considérable de globules rouges. Un assez grand nombre d'espaces lympbatiques » sont dilatés ; les cellules plates qui les tapissent sont gonflées, beaucoup sont » granulo-graisseuses avec un noyau fort apparent ; ces espaces renferment des » caillots de fibrine sur les pièces fixées par l'acide osmique. Ces lésions sont très » analogues à celles de l'urticaire.

» Dans l'*érythème papulo-tuberculeux ou tubéreux*, les lésions sont devenues » vraiment inflammatoires ; les cellules fixes du tissu conjonctif prolifèrent, le » liquide exsudé contient souvent de la fibrine ; cependant les lésions d'œdème » congestif ou d'hypérémie exsudative sont encore prédominantes, il n'y a pas » cette infiltration serrée et dense de cellules embryonnaires avec absence de » signes d'hypérhémie exsudative qui se voit dans certaines inflammations » papuleuscs, et M. Leloir rapporte un fait où l'examen biopsique a permis » d'affirmer un diagnostic qui, d'après les seuls caractères extérieurs, oscillait » entre un érythème et une syphilide. Dans ces érythèmes tubéreux, la diapédèse » des globules rouges est généralement très-abondante, l'hypoderme est envahi » par l'œdème d'une façon plus accentuée que dans les formes précédentes ; » ajoutons que les capillaires nc renferment pas d'embolies, ce qui vient contredire » l'hypothèse pathogénique de Kobn.

» Dans ces différentes formes de l'érythème, l'épiderme subit quelques » altérations (dilatation du nucléole, d'un certain nombre de cellules du corps de » Malpighi, abondantes cellules migatrices dans le corps muqueux, par places, » altération cavitaire des cellules) qui expliquent sa fréquente desquamation.

» Dans les *formes bulleuses* de l'érythème polymorphe, ces lésions épider» miques sont beaucoup plus accusées ; leur processus est habituellement celui de » la phlycténisation, plus rarement celui de la vésiculation. Dans des cas où les

» bulles ou vésicules ne sont pas encore appréciables à l'œil nu, on peut voir : » 1° l'épiderme soulevé par places par les liquides extravasés sous l'influence de » l'hypérémie exsudative ou par un certain nombre de cellules migratrices (formation » de phlyctènes avortées) ; ou bien 2° un certain nombre de cellules du corps de » Malpighi présenter les caractères de l'altération cavitaire (vésicules avortées). » Quelquefois les lésions précédentes se combinent et forment des lésions mixtes. » Dans d'autres points, il y a atrophie du nucléole, les cellules ainsi atteintes ne » subissent qu'une kératinisation incomplète et il y a ainsi des lignes de clivage, » constituant un point faible, favorable à la production d'une phlyctène » superficielle.

» Les lésions de l'érythème polymorphe sont, en résumé, des lésions » d'hypérémie et d'hypérémie inflammatoire, mais leur connaissance n'indique » pas clairement l'étiologie intime de la maladie. Le cas de Jarisch où des lésions » de l'axe gris central de la moëlle accompagnaient un herpès iris est resté isolé. » M. Leloir n'a pas constaté de parasites dans les lésions cutanées. Comme on » peut voir l'érythème polymorphe dans des processus septiques et infectieux » fort divers, l'hypothèse la plus plausible est celle qui fait de cette affection une » angionévrose dont les causes peuvent être très différentes et très multiples. »

Des érythèmes ou rash survenant au cours de la fièvre typhoïde. (*In thèse de M. Keromnès* : Etude descriptive et diagnostique de quelques éruptions dans le cours de la fièvre typhoïde, Paris, 1881.)

Murchison signale les éruptions érythémateuses comme assez fréquentes dans le cours du premier septenaire de la fièvre typhoïde. Il donne à ces éruptions en raison de leur aspect le nom d'éruptions scarlatiniformes. Ce sont deux cas d'érythème scarlatiniforme (véritable érythème infectieux) observés par moi dans le service de M. Raynaud, à La Charité, que j'ai publiés dans la thèse de M. Keromnès (pages 33 et suivantes). Mais, contrairement à Murchison qui considère ces éruptions comme appartenant au premier septenaire de la fièvre typhoïde et précédant de 48 heures l'apparition des tâches rosées lenticulaires, l'érythème scarlatiniforme dans mes deux observations s'est montré au déclin de la fièvre typhoïde, après les tâches rosées lenticulaires, et cet érythème apparu les

malades n'ont pas tardé à entrer en pleine convalescence. Ces érythèmes scarlatiniformes infectieux ne proviendraient-ils pas de la tendance du poison typhique à s'éliminer par la peau ?

Leçons sur les érythèmes professées à l'hôpital Saint-Sauveur. (*Clinique des maladies cutanées et syphilitiques*, février 1887.)

Ces leçons constituent l'un des chapitres d'un livre en préparation intitulé : *Leçons sur les maladies de la peau et des muqueuses adjacentes.*

Des œdèmes de la peau considérés au point de vue anatomo-pathologique et pathogénique.

Ce mémoire se trouve en partie résumé dans la thèse d'agrégation de M. le docteur Chuffart, sur les : *Affections rhumatismales du tissu cellulaire sous-cutané*, (Paris, 1886.)

Variété spéciale de nodosités sous-cutanées d'origine rhumatismale. (*In travail de M. Troisier*, sur les : Nodosités rhumatismales sous-cutanées, *Progrès médical*, décembre 1883, page 1049.)

Un sujet manifestement arthritique, à la suite de malaise et de courbature survenus sans raison, éprouve au bout de deux ou trois jours une sensation de tension au niveau de la pulpe digitale palmaire des dernières phalanges; cette gêne douloureuse est exaspérée par la pression ; la peau est un peu rouge à ce niveau. Au bout d'une dizaine d'heures, la tension devient plus forte et l'on remarque, au centre de la pulpe digitale, une papule œdémateuse blanche, grande comme une lentille, très dure, et entourée par une mince auréole hypérémique. La pression de cette nodosité très dure, semblant siéger non-seulement dans le derme mais dans l'hypoderme et même adhérer peut-être au périoste dans certains cas, est assez douloureuse. Cette nodosité disparaît au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures environ. — J'ai eu depuis l'occasion d'observer quatre nouveaux cas de cette affection ; dans deux de ces cas, la nodosité persistait jusqu'à cinq jours ; dans l'un il survenait aussi des nodosités semblant adhérer au périoste de la face dorsale des

phalanges (1re et 2e phalanges) des doigts ; enfin, dans un cas il survenait des nodosités analogues au niveau des orteils. Cette variété bizarre de nodosités que je n'ai observée que chez des sujets manifestement et éminemment arthritiques, diffère des nodosités rhumatismales décrites par MM. Froriep, Jaccoud, Féréol, Besnier, Brocq et Troisier, elle se rapproche plutôt d'un cas de nodosité communiqué par M. Vulpian à M Troisier, et publié par M. Troisier dans son travail du *Progrès médical* sur les *Nodosités rhumatismales*, en décembre 1883, page 1048. Elle a été de ma part l'objet d'une leçon clinique en 1885.

De l'urticaire.

Ces leçons professées à l'hôpital Saint-Sauveur (Clinique des maladies cutanées et syphilitiques), en mars 1886, constituent un des chapitres de mon livre, en voie de préparation, intitulé : *Leçons sur les maladies de la peau et des muqueuses adjacentes.*

LÉSIONS DIVERSES DE LA PEAU ET DES MUQUEUSES ADJACENTES, DE NATURE INFLAMMATOIRE AIGUE OU CHRONIQUE, PARASITAIRE OU NON

Note sur l'histologie du psoriasis. (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 11 mars 1882.) — En collaboration avec M. E. Vidal.

Au niveau du derme, nous avons constaté une infiltration assez notable de cellules embryonnaires et différentes lésions vasculaires et périvasculaires.

Au niveau de l'épiderme, nous avons observé des lésions notables et peu connues. Ce sont, outre une hypertrophie prononcée du corps de malpighi, avec lésions de ses cellules (atrophie du noyau par dilatation du nucléole de MM. Cornil et Ranvier) ; des modifications importantes au niveau de la couche cornée. Les lésions de cette couche (qui n'avaient pas encore été signalées) consistent en ce fait que la couche cornée épaissie est formée, dans son tiers et même dans sa moitié inférieure par des cellules encore *vivantes*, non cornifiées, pourvues d'un protoplasme et d'un noyau se colorant nettement par le carmin. Cette persistance de vitalité de la couche cornée au-dessus du structum lucidum, qui ne se rencontre jamais au niveau de la peau normale, nous explique facilement l'épaississement considérable de la couche cornée, ainsi que la production rapide, considérable et incessante des squames au niveau des papules du psoriasis.

J'ai depuis constaté des modifications analogues dans différentes affections de la peau tendant à la formation de *squames* (syphilides papulo-squameuses, lichen, eczéma, pityriasis rubra, dermatite exfoliatrice, etc.) ; et je considère cette modification de la couche cornée comme caractéristique des processus desquamants et akératinisants. (Une figure que nous avons communiquée à MM. Cornil et Ranvier et qui se trouve reproduite à la page 804 de leur *Manuel d'histologie pathologique*, tome II (2e édition), représente les lésions histologiques nouvelles que nous avons décrites dans le psoriasis.

Du psoriasis.

Cette leçon clinique faite en 1886 à l'hôpital Saint-Sauveur constitue l'un des chapitres du livre que je prépare sous le titre suivant : *Leçons sur les affections de la peau et des muqueuses adjacentes.*

Recherches anatomiques sur le lichen plan. (*Comptes rendus de la Société de biologie,* 2 mai 1883.) — En collaboration avec M. E. Vidal.

Dans le *lichen plan simplex* l'épiderme présente des modifications importantes portant sur la plupart de ses couches, et non signalées par les auteurs qui nous ont précédés. La couche cornée est un peu épaissie. Un grand nombre de ses cellules, surtout dans sa moitié inférieure environ, sont encore vivaces et pourvues d'un noyau et d'un protoplasme se colorant fortement par le carmin. Et cependant, cette couche cornée, dans sa moitié inférieure, est riche en éléïdine diffuse. La couche granuleuse très épaissie est très chargée d'éléïdine. Le corps de Malpighi est hypertrophié ; quelques-unes de ses cellules présentent l'altération décrite par Ranvier sous le nom d'atrophie du noyau par dilatation du nucléole. Le derme est infiltré de cellules embryonnaires, surtout autour des vaisseaux, comme l'a bien montré Balzer ; les lésions des glandes de la peau ne sont pas pathognomoniques, comme l'avait cru Neumann.

L'anatomie pathologique de la deuxième variété du lichen plan, *le lichen plan corné,* n'avait pas encore été faite avant nous. Ici la couche cornée acquiert une épaisseur considérable et les modifications de cette couche que nous avons signalées à propos du lichen plan simplex sont encore beaucoup plus prononcées. La couche granuleuse est hypertrophiée et très chargée d'éléïdine. Le corps muqueux est notablement hypertrophié. Le derme est infiltré de cellules embryonnaires; les glandes de la peau ont disparu ou sont en voie de dégénérescence. Ces lésions si accentuées du derme et de l'épiderme expliquent pourquoi cette forme de lichen plan est si rebelle à tout traitement.

Observation de gangrène foudroyante de la verge et du scrotum. (*In thèse de M. Lallemant*, intitulée : De la gangrène foudroyante spontanée des organes génitaux externes de l'homme. *Thèse de Paris*, 1884, page 29.)

Cette observation, que j'ai recueillie dans le service de M. Fournier, à Saint-Louis, constitue un bel exemple de cette variété de gangrène des organes génitaux externes de l'homme, si bien décrite par M. A. Fournier, sous le nom de gangrène foudroyante des organes génitaux externes de l'homme.

De la gangrène dite foudroyante spontanée des organes génitaux externes de l'homme.

Cette leçon clinique que j'ai faite en 1884, à l'hôpital Saint-Sauveur, à propos d'un malade de mon service atteint de gangrène foudroyante spontanée des organes génitaux externes, se trouve en partie reproduite dans la thèse faite, dans ma clinique, par l'un de mes élèves, M. de Bonnières : *De la gangrène dite foudroyante spontanée des organes génitaux externes de l'homme*. (*Thèse de Lille*, 1887.) J'insiste dans cette leçon sur l'importance de la *lymphangite* dans la production de certaines variétés de cette forme bizarre de gangrène ; ces gangrènes foudroyantes ne sont autre chose, dans bien des cas, que des *lymphangites gangréneuses*. Je montre les relations qui existent entre ces gangrènes et l'*erysipèle bronzé*.

L'étiologie de ces gangrènes est encore entourée de la plus grande obscurité ; il s'agit ici évidemment d'une maladie infectieuse ; j'ai retrouvé chez un malade de ma clinique le micrococcus en pointes doubles observé par M. Duclaux chez le malade du service de M. Fournier. Mais pourquoi l'agent infectieux concentre-t-il ses ravages sur le tégument externe des organes génitaux externes ? Comment pénètre-t-il dans l'organisme ?

Inoculations expérimentales de l'impetigo pour déterminer les relations qui existent entre certaines scrofulides et la tuberculose. (*In thèse de M. Verchère :* Des portes d'entrée de la Tuberculose Paris, juin 1884, pages 59 et suivantes.)

Ces expériences que j'ai entreprises sur le conseil de M. Verneuil consistaient dans l'inoculation de produits d'impetigo recueilli sur des enfants lymphatiques,

dans le péritoine ou l'hypoderme de cobayes. Les inoculations ont donné des résultats négatifs. J'ai pratiqué depuis lors bien des inoculations analogues. Les résultats obtenus ont toujours été négatifs. A la même époque, M. Grancher (*Congrès de Copenhague*, août 1884) a publié des résultats concordant avec les miens. On peut donc admettre, en s'appuyant sur nos recherches simultanées, que les éruptions désignées par certains auteurs sous le nom de scrofulides superficielles ne présentent aucun caractère spécifique, qu'elles sont banales ou indifférentes, comme le dit M. Besnier. Elles paraissent cependant constituer une des portes d'entrée pour l'infection bacillaire (Verneuil, Besnier.)

De la gale non prurigineuse.

M'appuyant sur un certain nombre d'observations étudiées par moi à l'hôpital Saint-Louis, en particulier dans le service de M. Fournier, j'arrive aux conclusions suivantes qui se trouvent reproduites et développées avec les observations correspondantes dans la thèse que j'ai inspirée sur ce sujet, à l'un de mes élèves, M. Jouanaud : *De la gale non prurigineuse* (Paris, 1883.)

1° L'absence de démangeaison peut s'observer chez les galeux ;

2° Les symptômes objectifs de la gale aprurigineuse ne diffèrent de la gale ordinaire que par l'absence de grattage. Peut-être l'eczéma est-il moins fréquent dans cette variété de gale ;

3° Le prurit conscient et inconscient (Besnier et Doyon) peut manquer absolument chez les galeux ;

4° Cette absence de prurit se rencontre chez les sujets anesthésiés ;

5° Mais elle peut se rencontrer chez des malades ayant conservé toutes les formes connues de la sensibilité physiologique. C'est cette dernière variété que j'ai en vue ;

6° La gale non prurigineuse est rare, mais elle est plus fréquente qu'on ne croit, parce qu'on se contente trop facilement des signes objectifs ;

7° La gale non prurigineuse entraîne de nombreuses erreurs de diagnostic. Le seul moyen de les éviter est de rechercher le sillon de l'acare, lorsqu'il existe une éruption polymorphe, à localisation spéciale, serait-elle non démangeante.

De la gale, de la phthiriase, du favus et de la trichophytie.
(*Leçons cliniques professées à l'hôpital Saint-Sauveur*, 1885.)

Ces leçons constituent l'un des chapitres de mon livre en préparation, intitulé : *Leçons sur les maladies de la peau et des muqueuses adjacentes.*

J'étudie en particulier dans ces leçons les gales anormales (et en particulier les gales rendues anormales par la *profession* du sujet), les gales sans prurit dont j'ai eu plusieurs exemples dans mon service. J'insiste sur la gale du cheval communiquée à l'homme à propos d'une épidémie de gale survenue chez les employés des Tramways de Lille, au sujet de laquelle je fus consulté par M. Charles (vétérinaire des Tramways lillois) ; et je montre que ces caractères anormaux de la gale du cheval dépendent des mœurs spéciales de l'acare. La phthiriase, le favus, la trichophytie sont étudiés surtout au point de vue de l'hygiène générale, de leur prophylaxie, et de leur thérapeutique.

Dermite professionnelle spéciale des fileurs et varouleurs de lin.
(*Annales de dermatologie*, 25 mars 1885.)

Dans ce travail j'étudie une maladie de peau spéciale aux ouvriers fileurs de lin, maladie de la peau qui n'a pas encore été décrite. C'est une dermite eczémateuse des extrémités, spéciale aux ouvriers qui travaillent le lin à l'humide (varouleurs). Sa pathogénie est la suivante : les ouvriers obligés de rattacher à chaque instant dans des bacs des mèches de lin humide ont constamment les mains mouillées par une eau chaude, très peu riche en sels de chaux (ce qui facilite la macération de l'épiderme), chargée de matières organiques plus ou moins irritantes provenant du lin (matières organiques gommeuses, acides butyriques et lactiques), et renfermant une grande quantité de micro-organismes divers (ferments). Il en résulte une irritation constante de la peau, cause de dermite des varouleurs, chez les sujets prédisposés, car *tous ne sont pas atteints* (4/10 environ).

J'ai essayé depuis de déterminer si cette dermite n'était pas occasionnée en partie par la bactérie décrite dans les eaux de rouissage de lin par M. Giard (professeur à la Faculté des Sciences de Lillle). Je n'ai obtenu aucun résultat suffisamment précis.

Note sur l'anatomie-pathologique et la nature du psoriasis lingual.
(*Bulletins de la Société anatomique*, 7 décembre 1883 et *Progrès médical*, 1884.)

Au niveau des taches leucoplasiques, l'épiderme muqueux présente tous les caractères de l'épiderme cutané. Bien plus, cet épiderme présente tous les caractères de l'épiderme cutané en voie de kératinisation active, comme cela se voit au niveau des callosités, des cors, etc. Dans le psoriasis buccal, comme au niveau des affections cutanées précitées, l'hyperkératinisation se trouve caractérisée par l'épaississement considérable de la couche cornée, par la présence d'éléïdine diffuse dans les régions inférieures de cette couche; par l'hypertrophie notable de la couche granuleuse et la présence d'une grande quantité d'éléïdine dans cette couche.

Ce sont là des lésions qui n'avaient pas été décrites par les auteurs et qui permettent d'affirmer, en s'appuyant sur les belles recherches de M. Ranvier sur l'éléïdine, que les altérations épidermiques au niveau des plaques du psoriasis lingual sont constituées par une kératinisation ou mieux par une *hyperkératinisation* de l'épiderme muqueux. Ceci nous explique l'action des topiques akératinisants, de l'acide salicylique en particulier, dans le traitement de cette affection. Il est vrai qu'il faut tenir compte aussi de la sclérose du derme muqueux dans la thérapeutique de cette maladie.

MALADIES DES GLANDES DE LA PEAU

Présentation de moulages et de préparations histologiques à propos d'une affection cutanée indéterminée. (*Bulletins de la Société anatomique*, février 1881.)

J'ai décrit dans cette note une maladie de la peau nouvelle et de nature indéterminée, observée par moi en février 1881, dans le service de M. Vulpian à la Charité. L'étude de la malade, l'examen histologiqne de lambeaux cutanés malades recueillis par les procédés biopsiques, m'ont porté à faire de cette affection une maladie, non décrite encore, des glandes de la peau. Ce cas a été le point de départ de mes recherches sur : « une variété nouvelle de périfolliculites suppurées, conglomérées en placards ».

Variété nouvelle de périfolliculites suppurées, conglomérées en placards. (*Bulletins de la Société anatomique*, 2 mai 1884 et *Progrès médical*, 27 juin 1884.)

Ce travail a pour but la description clinique et anatomo-pathologique d'une dermatose nouvelle.

Voici l'analyse qui a été faite de mon mémoire par MM. Cornil et Ranvier (*Manuel d'histologie pathologique*, 2e édition, page 831) :

« Leloir a décrit (*Société anatomique*, mai 1884) une forme particulière de ces » périfolliculites en plaques, siégeant sur les régions glabres où la peau ne possède » que des poils follets, sur le dos de la main, au bras, etc. Cette affection est » caractérisée, à sa période d'état, par une saillie circulaire de la peau, à bords » nettement limités. La plaque présente une teinte livide, la surface est criblée, » comme une écumoire, d'une grande quantité de petits trous du diamètre d'une » grosse pointe d'épingle environ. On ne trouve aucun poil dans ces orifices. La » pression en fait sortir une rosée de gouttelettes de pus, et quelquefois des amas » caséiformes ressemblant à un fin vermicelle. Par l'examen histologique, Leloir a » constaté que la lésion siège dans les follicules pilo-sébacés, et non autour des

» glandes sudoripares comme on le croyait, cette affection ayant été regardée par
» plusieurs des médecins de l'hôpital Saint-Louis comme une hydrosadénite
» conglomérée. L'épiderme est conservé à la surface de toute la plaque, tout en
» montrant dans ses diverses couches les altérations qui amènent la desquamation
» ou la pustulation. La couche cornée, amincie, possède encore un grand nombre
» de cellules avec un protoplasma et un noyau colorable par le carmin. La couche
» granuleuse, épaisse, est chargée d'éléïdine. Le corps muqueux présente des
» noyaux vésiculeux et des cellules migratrices qui s'accumulent quelquefois en
» petits ilots, surtout autour de l'orifice des follicules pileux.

» Les follicules pileux sont remplis de cellules épidermiques et de corpuscules
» de pus granulo-graisseux ; parfois, on y rencontre quelques poils plus ou moins
» altérés, affectant des dispositions absolument irrégulières. Les muscles érecteurs
» des poils ont disparu. Les follicules pileux sont quelquefois kystiques, et ils
» apparaissent alors à l'œil nu comme des points jaunes ; mais le plus souvent, ils
» se dilatent et ils s'ouvrent à la surface par les trous caractéristiques signalés
» plus haut.

» Les plaques de la périfolliculite ne succèdent pas à l'eczéma et ne sont pas
» de nature trichophytique. Le pus qui s'en dégage contient des microbes compa-
» rables à ceux du phlegmon. Dans le sang des sujets atteints de cette affection,
» Leloir et Duclaux ont trouvé deux fois un microbe qui, cultivé, se rapproche
» beaucoup de celui que Duclaux a découvert dans le bouton de Biskra ; il se montre
» sous la forme de points doubles et d'amas zooglœiques.

» Cette affection évolue en l'espace de six semaines environ et guérit par la
» simple compression, sans laisser de cicatrices. »

Sur une variété nouvelle de perifolliculites suppurées et conglomérées en placards. (*Annales de dermatologie*, 25 août 1884.) — Avec deux planches en chromo-lithographie.

J'étudie, en détail dans ce mémoire, l'affection particulière de la peau, non encore signalée ni étudiée par les auteurs, que j'ai désignée sous le nom précédent. Cette maladie n'est pas d'une rareté excessive.

Je démontre, par une série de faits cliniques et d'examens histologiques, que cette affection bizarre qui, souvent, a été confondue avec d'autres affections

cutanées dont elle semblerait se rapprocher au premier abord, n'est autre chose qu'une forme spéciale non décrite de périfolliculites et folliculites suppurées et conglomérées en placards.

Après la description clinique et anatomique de la forme typique de cette affection, j'en étudie les *variétés anthracoïdes*, *papillomateuses*, et je passe ensuite à l'étude de son *diagnostic différentiel* avec diverses dermatoses, en particulier avec le sycosis parasitaire ou non, le bouton de Biskra, l'anthrax, la lymphadénie cutanée, les papillômes cutanés inflammatoires, les hydrosadénites phlegmoneuses, etc. Vient ensuite une étude anatomo-pathologique détaillée de l'affection qui montre qu'il s'agit ici d'une forme spéciale de dermite périfolliculaire.

L'étude histologique de cette maladie m'a fait constater en outre à mon grand étonement, des particularités absolument inattendues : c'est la présence d'amas zooglœïques de *micrococci* isolés ou disséminés siégeant dans l'épaisseur du derme. Lorsque ces micrococci sont réunis en amas zooglœïques, ils simulent à un faible grossissement des cellules géantes, et pourraient être pris comme telles si on ne les examinait pas à un fort grossissement et si on ne les colorait pas.

Le tissu dermique enflammé contient donc dans cette affection un micrococcus en points isolés ou doubles, ou en chaînettes, se réunissant parfois en amas zooglœïques. Il importait de savoir si ce microbe n'existait qu'au niveau des régions enflammées de la peau, ou s'il n'existait pas aussi dans la circulation générale des sujets porteurs de cette affection. Dans deux cas, j'ai pu, avec l'aide obligeant de M. Duclaux, en ensemençant quelques gouttes de sang recueillies à distance du foyer inflammatoire, obtenir une belle culture pure d'un microbe mobile, en points doubles ou en chaînettes et en amas zooglœïques. Ce liquide de culture, inoculé aux animaux, a produit des phénomènes variables suivant l'âge de la culture, et d'autant plus graves que la culture était plus récente. Il semblerait donc résulter de ces faits que, dans ces cas, la virulence du microbe va en s'atténuant à mesure que la culture devient plus ancienne

Peut-on supposer, en s'appuyant sur les recherches expérimentales qui sont publiées d'une façon détaillée dans mon mémoire, que le virus disséminé dans le sang et tendant à être détruit dans ce milieu, s'élimine (en partie au moins) par la peau et en particulier par les follicules pilo-sébacés sous forme de périfolliculites ? Ces périfolliculites se rapprocheraient-elles par leur pathogénie de certains furon-

cles, pustules, abcès dermiques consécutifs à certaines maladies infectieuses. Ou au contraire, proviennent-elles de la pénétration dans le follicule d'un microbe pouvant, secondairement, pénétrer dans la circulation locale et même générale? Pour ne pas nous laisser entraîner dans le domaine de l'hypothèse, il vaut mieux dire que l'étiologie et la pathogénie de cette singulière affection nous sont inconnues.

Son pronostic est bénin. Sous l'influence d'un traitement approprié et purement local (compression, bains, applications émollientes et antiseptiques), la guérison paraît survenir constamment en quelques semaines. Il n'y a pas, ou guère, de cicatrices consécutives.

Recherches anatomiques sur l'acné. (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 13 avril 1882.) — En collaboration avec M. E. Vidal.

Voici l'analyse de ce mémoire faite par M. Chambard, dans les *Annales de dermatologie*, 1883, page 665.

« Dans ce travail, MM. Leloir et Vidal divisent les acnés d'après leur pathogénie » en deux groupes :

» Les unes, l'acné rosée et certaines formes d'acné hypertrophique sont d'ori- » gine vasculaire et succèdent à des congestions répétées du derme.

» Les autres : acnés cornée, ponctuée, kystique, certaines formes d'acnés » hypertrophiques, sont dues à la rétention et à l'altération du produit du follicule » pilo-sébacé. Mais il peut arriver que ce produit, agissant comme corps étranger » et irritant, détermine une inflammation du follicule et de la région voisine ; ainsi » se forment les acnés suppurée, indurée, phlegmoneuse.

» Nous ne suivrons pas les auteurs dans leur description histologique, excel- » lente d'ailleurs, des différentes acnés; nous en signalerons seulement, d'après » eux, une forme peu connue : l'acné cornée, dans laquelle les follicules pileux, » saillants et surmontés d'une pointe dure, se réunissent en plaques circonscrites.»

Une figure que nous avons communiquée à MM. Cornil et Ranvier et qui se trouve reproduite à la page 664 de leur manuel d'histologie pathologique (Tome II, 2e édition), représente les lésions histologiques que nous avons décrites dans cette variété nouvelle d'acné : l'acné cornée. — Nous insistons aussi dans notre travail

sur l'anatomie de l'acné hypertrophique, laquelle est à peine ébauchée par les auteurs. — Cette étude histologique nous permet de diviser l'acné hypertrophique en acné hypertrophique variété glandulaire ; acné hypertrophique variété éléphantiasique ; acné hypertrophique variété mixte.

Anatomie pathologique de l'acné varioliforme confluente.
(*Société anatomique*, mai 1883.)

Dans l'acné varioliforme, il existe une évolution anormale des cellules des glandes sébacées. Chaque lobule de l'acné varioliforme correspond à un cul de sac de la glande sébacée. Au niveau de ces lobules, le processus sébacé des cellules glandulaires est supprimé ; on voit à la périphérie des culs de sac des cellules correspondant aux cellules de la couche perpendiculaire du corps muqueux de Malpighi. Au milieu des lobules se montrent des cellules oviformes qui augmentent progressivement de volume. D'autres cellules, granuleuses, chargées d'éléïdine de plus en plus aplaties à mesure qu'on se rapproche du centre de l'acinus, correspondent à la couche granuleuse. L'éléïdine disparaît ensuite, et les cellules qui en contenaient se kératinisent, formant des travées cornées entre lesquelles sont comprises les cellules globuleuses. La nature exacte de ces cellules globuleuses n'est pas nettement déterminée.

Deux figures (tirées du traité de pathologie cutanée que je prépare, en collaboration avec M. E. Vidal), que j'ai communiquées à MM. Cornil et Ranvier et qui se trouvent reproduites aux pages 828 et 829 de leur *Manuel d'histologie pathologique*, (Tome II, 2[e] édition), représentent les lésions histologiques dans leurs détails nouveaux, tels que je les décris dans cette affection.

Leçons sur les périfolliculites pilo-sébacées ; sur l'acné varioliforme ; sur l'acné kéloïdienne de la nuque.

(Ces leçons professées en 1884-85-86 à l'hôpital Saint-Sauveur, constituent l'un des chapitres de mon livre, en voie de préparation, intitulé : *Leçons sur les maladies de la peau et des muqueuses adjacentes*).

Les inflammations de la peau qui entoure les poils sont, comme je l'ai dit à la page 831 du Manuel de MM. Cornil et Ranvier (Tome II, 2[e] édition), aiguës ou

chroniques, disséminées ou agminées. La périfolliculite isolée est tantôt consécutive à une lésion du poil ; tantôt, ce qui est le plus fréquent, à des lésions du follicule pileux. Le follicule altéré devient vis-à-vis des tissus vasculaires périphériques, une sorte d'épine inflammatoire. Suivant que l'inflammation envahit surtout l'épiderme, les régions supérieures du derme, les parties profondes du derme, et même l'hypoderme, on aura les variétés impétigineuses, papulo-pustuleuses, tuberculeuses (sycosiques), phlegmoneuses, des périfolliculites suppurées. Souvent l'inflammation amène l'altération du follicule, sa disparition avec atrophie plus ou moins cicatricielle de la peau. — L'*Acné kéloïdienne* n'est autre chose chose qu'une périfolliculite pilaire dans laquelle le tissu embryonnaire qui entoure les follicules, au lieu d'aboutir à la suppuration, comme dans les cas précédents, tend à la formation du tissu scléreux. C'est une périfolliculite pilo-sébacée chronique à tendance scléreuse. — Les inflammations dermiques qui compliquent l'*Acné varioliforme* et peuvent même amener l'élimination de la glande en évolution atypique, constituent l'exemple le plus net des périfolliculites sébacées pures (périglandulites d'origine uniquement sébacée).

MALADIES DE LA PEAU D'ORIGINE NERVEUSE. — TROPHONÉVROSES

Altération des nerfs cutanés dans le vitiligo. (*Comptes rendus de l'Institut*, (Académie des Sciences), 15 décembre 1879.) — En collaboration avec M. Chabrier.

Altérations des nerfs cutanés dans un cas d'Ichthyose congénitale. (*Comptes rendus de l'Institut* (Académie des Sciences), 29 décembre 1879.)

Altérations des nerfs cutanés dans l'Ecthyma. (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 7 février 1880.)

Altérations des tubes nerveux des racines antérieures et postérieures de la moëlle, et des nerfs cutanés dans un cas d'Ichthyose congénitale caractérisée. (*Comptes rendus de l'Institut* (Académie des Sciences), 12 juillet 1880.)

Altérations des nerfs cutanés dans le pemphigus diutinus. (*Comptes rendus de la Société de Biologie,* mars 1881.) — En collaboration avec M. Brocq.

Note sur les altérations des nerfs cutanés dans un cas de décubitus aigu. (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 22 avril 1881.) — En collaboration avec M. Déjerine.

Cas de plaques gangréneuses de la peau d'origine trophique. (*Comptes rendus de la Société de biologie*, mai 1881.) — En collaboration avec M. Déjerine.

Contribution à l'étude des affections cutanées d'origine trophique. (*Archives de physiologie*, 1881). — Avec une planche en chromo-lithographie et figures intercalées dans le texte.

Recherches anatomo- pathologiques et cliniques sur les altérations nerveuses : 1° dans certain cas de gangrène cutanée; 2° dans la lèpre. (*Archives de physiologie*, 1881.) — Avec une planche en chromolithographie. — En collaboration avec M. Déjerine.

Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur les affections cutanées d'origine nerveuse. (In-8° de 220 pages, avec quatre planches en chromo-lithographie, et plusieurs figures intercalées dans le texte.) — Paris, *A. Delahaye et Lecrosnier*, éditeurs, 1881.

Ce livre a été couronné par l'Académie de médecine, prix Godard, 1882; et par la Faculté de médecine de Paris, médaille d'argent, prix de thèses, 1881.

Depuis 1878, j'ai entrepris une série de recherches cliniques, anatomo-pathologiques et expérimentales sur les *maladies de la peau d'origine nerveuse*. Les résultats que j'ai obtenus sont consignés dans les mémoires, travaux, et notes précités; et publiés *in-extenso* dans mon livre intitulé : *Recherches cliniques et anatomo-pathologiques dans les affections cutanées d'origine nerveuse*. (Paris 1881.)

Ce travail a été couronné par l'Académie de médecine de Paris, prix Godard, 1882.

Voici le rapport sur ce livre qui a été lu à l'Académie de médecine, à propos du rapport sur le prix Godard en 1882, au nom d'une commission composée de MM. Hardy, Hérard; Moutard-Martin (rapporteur) :

. . . .

« Quelle est l'influence du système nerveux sur la production des affections » cutanées? Cette question a depuis longtemps fixé l'attention des médecins, et de » nombreux faits cliniques avaient fait placer, dans le domaine des possibilités, » l'action du système nerveux démontrée par les travaux des pathologistes » modernes et les études microscopiques; et il faut arriver jusqu'aux travaux de » Vulpian, Brown-Séquard, Charcot, etc., pour acquérir la connaissance exacte » du rôle que joue le système nerveux dans la nutrition de la peau et dans la » production des maladies cutanées.

» C'est donc une question toute d'actualité que M. Leloir a entrepris d'étudier » et d'élucider dans le travail qu'il a adressé à l'Académie et qui porte le n° 10.

» M. Leloir était à bonne école pour ne pas se laisser entraîner dans le domaine » de la spéculation : élève de Vulpian, de Lailler, de Cornil, de Maurice Raynaud, » il devait toujours se maintenir dans les limites de la saine observation, et » n'admettre comme vrais que les faits rigoureusement démontrés par l'anatomie » pathologique.

» Et cependant y a-t-il rien qui prouve davantage l'influence du système nerveux » sur les éruptions cutanées, que les explosions d'eczéma aigu à la suite d'émotions » vives, de colères violentes, de frayeurs, les apparitions d'urticaires dans des » circonstances analogues, les cuissons, les démangeaisons de la peau sans » éruptions chez les névropathes, les phénomènes douloureux qui, comme la » névralgie du zona, précèdent souvent de beaucoup l'apparition de l'éruption ?

» Mais ces preuves, purement cliniques, ne suffisent pas à M. Leloir et il lui » faut la confirmation des preuves anatomiques.

» Dès le début de son travail il s'empresse de répondre à une objection grave. » Dans l'état normal, chez un individu n'ayant jamais eu de maladie nerveuse ni » d'éruption cutanée, n'existe-t-il pas quelques altérations des tubes nerveux des » racines ou des filets cutanés ? S'appuyant sur de nombreuses recherches person- » nelles, il croit pouvoir admettre qu'il n'existe pas de nerfs altérés dans les » racines antérieures et postérieures des sujets qui n'ont présenté pendant la vie » ni affections du système nerveux, ni lésions cutanées, et que les nerfs cutanés » ne contiennent pas, à l'état normal, de fibres dégénérées chez l'homme.

» Partant de cette conclusion, M. Leloir a fait une étude anatomique très » minutieuse des nerfs dans les maladies de la peau qu'il lui a été donné d'observer. » Mettant en pratique cette méthode appelée biopsie par Besnier, et qui consiste à » enlever un petit lambeau de peau malade pour en faire l'étude anatomique dans » tous ses détails, il a pu faire l'analyse micrographique des nerfs cutanés. Mais il » est facile de comprendre que pour éviter d'être taxé d'erreur, il faut comparer » les nerfs de la peau saine à ceux de la peau malade. Que le lambeau de peau soit » détaché pendant la vie ou immédiatement après la mort, il faut que, en même » temps, un lambeau de peau saine soit pris sur le même sujet, et fasse l'objet » d'une étude parallèle.

» Vous comprendrez qu'il n'entre pas dans notre rôle d'exposer les détails de la » technique micrographique.

» Arrivant à l'étude des faits particuliers, M. Leloir ne borne pas son rôle à » faire des études anatomo-pathologiques, et il cherche les preuves de l'origine » nerveuse des maladies cutanées, partout où il peut les trouver ; aussi, pour » chaque maladie particulière dont il fait l'étude, il recherche d'abord quelles » sont les preuves cliniques qu'il est permis d'invoquer, il les appuie par des » observations personnelles ou empruntées à ses maîtres, et enfin il en cherche la » confirmation dans l'anatomie pathologique. Nous ne suivrons pas M. Leloir dans » l'étude de chaque maladie de peau en particulier, mais nous le voyons dans » toutes celles qu'il étudie (vitiligo, ecthyma, pemphigus, ichthyose, eczéma), nous » le voyons, dis-je, dans les preuves cliniques, invoquer l'influence des trauma- » tismes survenus, des grandes émotions, des maladies névropathiques (hystérie, » etc.), et ce n'est qu'après cette étude clinique, appuyée par des observations, » qu'il se livre à une étude minutieuse de micrographie, et qu'il arrive à constater » des lésions des nerfs périphériques et quelquefois des racines médullaires.

» De ces études il croit pouvoir tirer cette conclusion que, cliniquement et » anatomo-pathologiquement, il a démontré que dans certains cas, le vitiligo, » l'ecthyma, le pemphigus diutinus, des gangrènes cutanées, et peut-être » l'ecthyma, sont des affections d'origine nerveuse qui doivent être rapprochées » des autres affections cutanées d'origine trophique, zona, certains pemphigus » aigus, lèpre, mal perforant, gangrène du décubitus aigu.

» Mais avec cette sagesse et cet esprit de saine observation qui caractérise son » travail, M. Leloir apporte tout de suite une restriction, et, dit-il, « s'il paraît » prouvé que, dans certains cas, ces affections cutanées sont d'origine nerveuse, » il n'en résulte pas qu'on doive admettre qu'il en soit toujours ainsi, des » causes différentes pouvant produire des effets semblables. »

» Par quel mécanisme le système nerveux arrive-t-il donc à produire des lésions » cutanées si diverses comme nature et comme intensité ?

» Bien des théories ont été mises au jour : Les unes visant l'action des nerfs » vaso-moteurs, les autres l'irritation des nerfs trophiques, d'autres l'atonie, » l'affaiblissement de l'action du système nerveux.

» Passant en revue et discutant ces diverses théories soutenues par d'illustres » physiologistes (Schiff, Brown-Séquard, Charcot, Vulpian, etc.), l'auteur s'arrête » à la théorie de l'affaiblissement du système nerveux trophique, et admet avec

» Vulpian que les troubles trophiques de la peau, et les éruptions qui en sont la
» conséquence, tiennent à la lésion de la substance grise de la moëlle, ou à
» l'interruption des fibres nerveuses des nerfs périphériques. Mieux vaut encore
» citer la phrase de Vulpian : « On pourrait dire que ces altérations sont des
» résultats de troubles de la nutrition dus à l'abolition ou à la diminution de l'action
» trophique du centre nerveux dans les différents tissus. »

» Tel est le résumé de l'œuvre de M. Leloir, œuvre remarquable par la sagesse
» et la maturité d'esprit de son auteur, qui ne s'est pas laissé entraîner au-delà des
» limites d'une saine observation, et a fait faire un pas important à l'étude de
» l'influence du système nerveux sur les maladies de la peau. Le champ n'est-il pas
» ouvert à de semblables recherches sur la cause d'un grand nombre de maladies
» externes ? »

Depuis cette époque (1881), poursuivant mes recherches sur les *Affections cutanées d'origine nerveuse*, j'ai publié les travaux et mémoires suivants :

Des affections cutanées d'origine nerveuse considérées au point de vue anatomo-pathologique et clinique. (*Revue des Sciences médicales*, 1882.)

Syncope locale des extrémités : Eczéma de la paume des mains et des doigts. (*Annales de dermatologie*, 1882.) — En collaboration avec M. Merklen.

Des affections cutanées d'origine nerveuse. — Revue critique du travail de M. Schwimmer sur les : Neuropatischen dermatosen paru en 1882, à Vienne. (*Annales de dermatologie*, 1882.)

Article : Trophonévroses (*Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, 1883.)

De l'ensemble de mes recherches appuyées sur un grand nombre de faits cliniques et anatomo-pathologiques personnels et publiées dans mes différents mémoires précités (de 1878 à 1884), je suis arrivé aux résultats et conclusions originaux et nouveaux qui suivent :

1° *J'ai démontré l'origine nerveuse de différentes affections cutanées.*

J'ai démontré que : A. Certains cas de VITILIGO sont des affections d'origine nerveuse, en rapport avec des altérations primitives des nerfs périphériques et secondaires quelquefois à des lésions des centres nerveux.

B. L'ICHTHYOSE paraît être dans certains cas une affection cutanée d'origine nerveuse en rapport avec des lésions des nerfs cutanées et des racines postérieures de la moëlle. Elle paraît être parfois secondaire à des lésions des centres nerveux.

C. Certains cas d'ECTHYMA sont des affections cutanées d'origine nerveuse en rapport avec des lésions primitives des nerfs cutanés et parfois des racines potérieures de la moëlle. Des faits cliniques font également présumer, que dans certains cas, l'ecthyma est lié à une affection des centres nerveux.

D. LE PEMPHIGUS CHRONIQUE est, dans certains cas, une affection cutanée d'origine nerveuse en rapport avec une lésion des nerfs cutanés périphériques, des racines postérieures de la moëlle et de la moëlle elle-même.

E. Certaines formes de GANGRÈNES CUTANÉES sont des affections d'origine nerveuse liées à une altération primitive des nerfs périphériques (*névrite dite parenchymateuse.*)

F. L'altération des nerfs périphériques dans la LÈPRE paraît devoir être considérée comme primitive. On n'a pas accordé à la névrite dite parenchymateuse l'importance qu'elle mérite dans la pathogénie de la lèpre. Cette névrite paraît secondaire à l'action directe des bacilles sur l'élément nerveux.

G. Certains ECZÉMAS sont des affections d'origine nerveuse secondaire à des lésions des nerfs cutanés.

J'ai donc démontré que les affections cutanées précitées sont, dans certains cas, de véritables trophonévroses cutanées. Mais il n'en résulte pas que l'on doive admettre qu'il en soit toujours ainsi, car des causes différentes peuvent produire des effets semblables.

2° *J'ai déterminé les lésions du système nerveux* soit phériphériques, soit centrales qui sont en rapport avec l'apparition de ces affections cutanées.

3° J'ai montré que la *névrite périphérique primitive dite parenchymateuse*, joue souvent un rôle majeur dans la production de différentes trophonévroses cutanées.

4° J'ai insisté sur l'importance de la névrite périphérique primitive dite parenchymateuse au point de vue de la pathologie générale du système nerveux, et sur sa fréquence et son importance au point de vue des trophonévroses cutanées. Les travaux de MM. Gombault, Déjerine, Pitres et Vaillard, Schwimmer, Terrier

et Quenu, Paul Mayer, etc., sont venus vérifier ultérieurement mes travaux et mes opinions à cet égard.

5° J'ai tiré des faits et conclusions précédentes des indications pouvant être souvent d'une grande utilité, tant au point de vue du *pronostic* qu'au point de vue du *diagnostic*. J'ai montré que *dans certains cas, les maladies cutanées précitées peuvent faire diagnostiquer une affection nerveuse qui, sans elles, serait passée inaperçue* ou n'aurait été reconnue que plus tard, et que le traitement et le pronostic se trouvent ainsi complètement modifiés. Aussi devra-t-on toujours, chez les sujets atteints des affections cutanées que nous avons étudiées plus haut, rechercher s'il n'existe pas, plus ou moins cachée, plus ou moins latente, une lésion du système nerveux centrale ou périphérique : *La peau devant être considérée, dans bien des cas, comme le miroir du système nerveux.*

6° Partant des données précédentes, j'ai démontré la haute valeur que présente la connaissance de l'origine nerveuse de certaines affections cutanées au point de vue *thérapeutique*. J'ai essayé de montrer dans quel sens devaient se diriger ces recherches thérapeutiques, et j'ai pu, en effet, citer quelques cas où la thérapeutique rationnelle avait donné d'excellents résultats.

Les faits nouveaux que j'ai signalés dans mes différentes recherches sur les affections cutanées d'origine nerveuse et les considérations cliniques physiologiques, anatomo-pathologiques et thérapeutiques nouvelles que j'ai tirées de ces faits, ont été vérifiés depuis par un grand nombre d'auteurs français et étrangers dans une série de mémoires parus, sur ce sujet, à la suite de mes recherches : Parmi ceux-ci je citerai ceux de MM. Déjerine, Pitres et Vaillard, Dujardin-Beaumetz, Ballet, Terrier et Quenu, Arnozan, Raymond, Franceschi, Leroy, Royer, etc..... Schwimmer, Paul Mayer, Babès, Auspitz, De Amicis, Hoggan, Max Joseph, et différents articles de l'encyclopédie de Ziemmssen, etc.

L'ensemble de mes travaux sur les *Affections cutanées d'origine nerveuse* (1878-1884) a été *couronné en* 1884 *par l'Institut de France*. (*Prix de médecine et de chirurgie — Prix Montyon*, 1884.) Voici le rapport qui a été lu à l'Institut sur mes travaux par M. Charcot, dans la séance publique annuelle du lundi 23 février 1885, au nom de la Commission de médecine et de chirurgie pour le prix Montyon, composée de

MM. Gosselin, Vulpian, Paul Bert, Marey, Richet, Larrey, Bouley, Ch. Robin; Charcot, rapporteur :

« On sait, depuis une vingtaine d'années surtout, que diverses altérations de la » peau se produisent en conséquence de lésions primitivement développées, soit » dans certaines parties du système nerveux central, soit dans les nerfs périphé- » riques. Parmi les exemples de ce genre, on pourrait citer au premier rang le » Zona, les escarres à développement rapide qui s'observent dans certaines affec- » tions du cerveau ou de la moëlle épinière, le mal perforant du pied dans la » plupart des cas, les lésions très-diverses du derme et de l'hypoderme qui se » montrent parfois à la suite des lésions traumatiques des nerfs, etc., etc.

» Dans une série de mémoires originaux et d'articles d'histoire et de critique, » M. le docteur Henri Leloir a repris la question et il l'a notablement élargie. Se » fondant sur un nombre considérable d'observations cliniques et de recherches » anatomo-pathologiques minutieuses, toujours conduites d'ailleurs suivant les » règles de la technique la plus avancée, il a démontré l'existence de lésions » parenchymateuses des nerfs cutanés, dans plusieurs cas d'affections de la peau, » où elles n'avaient pas été soupçonnées avant lui. Telles sont certaines formes » d'éruptions bulleuses et pemphygoïdes, certaines variétés d'ecthyma, d'ichthyose, » de vitiligo, d'eczéma, enfin diverses manifestations lépreuses.

» Dans tous ces cas d'affections cutanées que les travaux de M. Leloir tendent » à faire entrer dans le groupe des trophonévroses, ce n'est pas dans le système » nerveux central, non plus que dans les troncs des nerfs périphériques qu'il faut » chercher la lésion nerveuse primitive, mais bien dans les ramifications ultimes » de ces nerfs, au sein du derme et de l'hypoderme, et on la trouve là non-seule- » ment dans le lieu même où s'est produite l'affection de la peau, mais encore » dans son voisinage immédiat.

» Cette altération des dernières ramifications des nerfs, dans les maladies » cutanées dont il s'agit, est certainement le fait le plus original, le plus inattendu » que nous aient révélé les recherches de M. Leloir, mais la question qui se » présente naturellement à l'esprit est celle-ci : La lésion nerveuse constatée dans » les cas étudiés par M. Leloir est-elle bien, comme il l'affirme, le fait initial et, » pour ainsi dire, le premier terme du processus morbide ? En faveur de l'opinion » qu'il soutient, l'auteur invoque les arguments que voici : En premier lieu l'alté-

» ration des nerfs du derme et de l'hypoderme qu'il a découverte n'est pas une
» lésion banale; elle n'appartient pas à l'état normal : cela est démontré, par
» l'examen qu'il a fait des extrémités périphériques des nerfs cutanés chez un
» grand nombre de sujets où la peau était saine. En second lieu, dans les cas
» d'affection cutanée où on l'a rencontrée, cette altération nerveuse, on l'a dit plus
» haut, n'existe pas seulement sur les régions désorganisées du tégument externe;
» on la trouve encore en dehors de ces régions, dans une zone limitrophe assez
» étendue : on sait enfin depuis longtemps que les nerfs ont la propriété singu-
» lière de résister aux causes de destruction les plus puissantes en apparence et il
» suffira de rappeler, à titre d'exemple, qu'au milieu des tissus profondément
» désorganisés par la gangrène, ils conservent longtemps l'intégrité de leur
» structure.

» Tels sont les arguments invoqués par M. Leloir. On reconnaîtra que, s'ils ne
» sont pas absolument décisifs, ils sont tout au moins d'une grande valeur. L'expé-
» rimentation seule pourrait faire mieux. Malheureusement, pratiquée chez les
» animaux, elle ne rencontrerait peut-être pas, dans ce cas particulier, les conditions
» qui se trouvent réunies chez l'homme.

» D'ailleurs, pour ne pas entrer dans le fond de la discussion, nous nous
» bornerons à faire ressortir que, guidé par une excellente méthode, M. Leloir a
» su introduire dans la science un certain nombre de faits nouveaux. Il n'est pas
» douteux, ajouterons-nous, que les matériaux de bon aloi qu'il a accumulés dans
» son travail contribueront à élucider la pathogénie, encore obscure sur bien des
» points, de ces affections, qu'on est convenu de désigner sous le nom collectif de
» *trophonévroses*, et qui occupent aujourd'hui une grande place en pathologie. On
» ne saurait trop encourager, pensons-nous, les travaux de ce genre, qui intéres-
» sent presque au même degré la physiologie et la clinique, et c'est là une des
» principales considérations qui ont décidé votre Commission à accorder à M. Leloir
» un des prix Montyon de deux mille cinq cents francs. »

Pour terminer cette analyse de mes travaux sur les affections cutanées d'origine nerveuse, j'ajouterai que mon mémoire intitulé : *Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur les affections cutanées d'origine nerveuse* (Paris, 1881), renferme les

études histologiques suivantes qui ont éclairé plusieurs questions anatomo-pathologiques et pathogéniques encore obscures, ce sont :

L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES TACHES ACHROMIQUES ET HYPERCHROMIQUES DU VITILIGO. (*Loc. cit., pages* 51 *et* 52) ;

L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE L'ICHTHYOSE SERPENTINE. (*Loc. cit., page* 72) ;

L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA PEAU, DES VAISSEAUX, DES LYMPHATIQUES, DE LA MOELLE DANS LA LÈPRE. (*Loc. cit., page* 137) ;

DES ALTÉRATIONS DES NERFS INTRA-MUSCULAIRES DANS UN CAS DE RHUMATISME CHRONIQUE. (*Loc. cit., page* 114) :

DES ALTÉRATIONS DES NERFS CUTANÉS DANS L'ATAXIE LOCOMOTRICE. (*Loc. cit., page* 115.)

Cas de vitiligo d'origine nerveuse ayant précédé et annoncé le début d'une ataxie locomotrice. (Cette observation a été publiée dans la *Thèse de M. Portalier* sur : Les troubles trophiques de la période préataxique du tabès spécifique, Paris 1884, page 24.)

Du vitiligo d'origine nerveuse.

Cette leçon professée en 1886 à l'hôpital Saint-Sauveur, à propos de quelques malades de mon service, se trouve reproduite en partie dans la thèse d'un de mes élèves, M. Lebrun : Du vitiligo d'origine nerveuse. (*Thèse de Lille,* 1886.)

Voici l'analyse de ce mémoire faite par M. Thibierge dans les *Annales de dermatologie*, 1887, page 48 :

« L'auteur rapporte sept observations inédites de vitiligo, la plupart dues à » son maître, le professeur Leloir; quatre d'entre elles ont trait à des cas de » vitiligo survenus dans le cours d'affections du système nerveux (méningite » tuberculeuse, ataxie, hystérie) ou à la suite de troubles de ce système (émotion » violente).

» Il conclut de ces observations et d'autres observations publiées par divers » auteurs que le vitiligo peut mettre sur la voie d'une lésion centrale ou périphé» rique du système nerveux qui, sans lui, serait passée inaperçue. » — (C'est la confirmation nouvelle de ce que j'ai dit en 1881 dans mon travail sur les affections cutanées d'origine nerveuse.)

Observation de mal perforant survenu dans le cours d'une méningo-myélite diffuse chez un alcoolique. (*In thèse de M. Fanchon* sur : Le mal perforant, Paris 1885, page 84.)

Leçons nouvelles sur les affections cutanées d'origine nerveuse. — Des affections cutanées d'origine spinale, produites par des lésions nerveuses périphériques. (*Annales de dermatologie*, 25 décembre 1886.) — Avec six figures intercalées dans le texte.

Ces cliniques ont été professées en 1886 à l'hôpital Saint-Sauveur, à propos d'un malade de mon service dont l'histoire se résume ainsi :

A la suite d'un traumatisme grave de la jambe gauche, il s'est produit chez ce malade des névrites périphériques constatées histologiquement ; lesquelles sont devenues très étendues et ont déterminé différentes lésions cutanées. L'irritation périphérique a retenti sur la moëlle, pendant quelque temps les troubles trophiques et les phénomènes nerveux qui sont la conséquence de cette altération spinale sont encore limités au membre lésé On voit ensuite l'altération spinale s'étendre et déterminer non-seulement des troubles trophiques et nerveux à gauche au niveau du membre lésé, mais encore à droite au niveau du membre symétrique. L'altération spinale suit une marche ascendante et menace d'envahir la région cervicale. Enfin, à la suite d'un traitement approprié dirigé contre la lésion spinale secondaire aux lésions nerveuses périphériques, je finis par obtenir la guérison du malade, la disparition progressive, successive, et presque en sens inverse de leur apparition des phénomènes nerveux et des troubles trophiques cutanés et musculaires.

Je relate ensuite plusieurs observations de ce groupe d'affections cutanées que je propose de désigner sous le nom de : « Affections cutanées d'origine spinale produites par des lésions nerveuses périphériques » que j'ai recueillies dans le service de MM. Vulpian et Fournier.

J'étudie la pathogénie de ces dermato-nevroses (en m'appuyant sur les expériences de MM. Brown-Séquard, Charcot, Vulpian, Hayem, etc. — Je décris les principaux caractères cliniques du groupe : Affections cutanées d'origine spinale

produites par des lésions nerveuses périphériques. Et je montre que par leur siège, par la coïncidence des troubles trophiques musculaires et des phénomènes nerveux qui les précèdent ou les accompagnent, par leur date d'apparition ; par les phénomènes vaso-moteurs et les troubles secrétoires glandulaires qui coïncident souvent avec elles, ces dermatonévroses présentent un cachet particulier. Quant à leurs variétés objectives, elles sont multiples.

J'insiste ensuite sur l'importance de la connaissance de ce groupe de dermatonévroses au point de vue pronostic ; et j'indique quels doivent être selon moi les moyens thérapeutiques à employer.

Je termine par un *tableau* d'après lequel je propose de classer provisoirement, au point de vue pathogénique, les affections d'origine nerveuse, en général. Ce tableau complète celui que j'ai publié dans mon article : Trophonévroses où j'essaie de classer les affections cutanées d'origine nerveuse au point de vue objectif.

Contribution à l'étude des affections de la peau d'origine spinale, produites par des lésions nerveuses périphériques.

Ce travail d'un de mes élèves, M. Masurel, *Thèse de Lille* 1887, reproduit en partie les cliniques que j'ai faites sur ce sujet.

Des dermatoses par choc moral. (*Annales de dermatologie*, 1887.)

Dans ces leçons professées en février 1887, à l'hôpital Saint-Sauveur, j'insiste sur la nécessité qu'il y a à distinguer les affections cutanées d'origine nerveuse secondaires à des émotions morales, en affections cutanées d'origine nerveuse secondaires à des émotions morales prolongées, de longue durée, et en affections cutanées secondaires à des émotions morales brusques, subites, violentes et de courte durée (*chocs moraux*). — L'existence des affections cutanées secondaires à des chocs moraux est indéniable dans bien des cas. — La relation de cause à effet entre l'ébranlement nerveux et la dermatose est loin d'être aussi nette pour les dermatoses considérées comme secondaires à des émotions morales prolongées ; ici la question est beaucoup plus complexe.

Je relate ensuite une vingtaine d'observations personnelles précises de dermatoses par choc moral (*anémies cutanées*, *hypérémies*, *hémorrhagies cutanées*, *œdèmes*

urticaire, *eczémas*, *pemphigus*, *vitiligo*, *etc.*), où par son début, quelques instants, quelques heures, quelques jours au plus après le choc moral, l'éruption cutanée doit être indéniablement considérée comme secondaire à l'ébranlement nerveux, au choc moral (*peur*, *colère*, *etc.*, *violentes*).

J'essaie d'interprêter la pathogénie de ces dermatoses pas cboc moral et je détermine la place qu'elles occupent dans mon tableau des affections cutanées d'origine nerveuse. J'insiste sur les principaux *caractères cliniques de ce groupe : début brusque, subit* (*après l'ébranlement nerveux*), ou lorsque la dermatose ne succède pas immédiatement à l'ébranlement nerveux, apparition de troubles nerveux divers, en particulier de phénomènes de névrose cutanée (*prurit*, *névralgies*, *etc.*), qui annoncent pour ainsi dire l'éruption, pendant les quelques jours qui séparent la cause occasionnelle de l'effet, le choc moral de l'affection ; *apparition rapide*, *durée relativement courte*, *siège superficiel* (jamais ces dermatoses ne deviennent ulcéreuses, destructives ; elles sont en général superficielles, ce sont surtout des dermatoses vaso-motrices, catarrhales ou pigmentaires). Ces dermatoses sont en général fort prurigineuses et accompagnées de différents phénomènes de névrose cutanée. Elles sont plus fréquentes chez les femmes. Je montre néanmoins qu'une émotion morale vive ne produira pas, en général, une affection cutanée chez un sujet non *prédisposé* ; de même qu'une irritation externe insuffisante pour déterminer un eczéma vrai chez un sujet non prédisposé, produira chez tel autre (prédisposé) un eczéma des plus rebelles. Je termine par quelques *considérations thérapeutiques* sur les dermatoses par choc moral.

Ces leçons se trouvent également reproduites dans la thèse d'un de mes élèves, M. Levêque, intitulée : *Des maladies cutanées produites par un choc moral.* (*Thèse de Lille*, avril 1887.)

TUMEURS DE LA PEAU

Recherches sur les nerfs des végétations. (*Comptes rendus de la Société de biologie*, juillet 1878.)

Il semble résulter de ces recherches que certaines végétations sont dépourvues de nerfs, quoique toutefois on ne puisse leur refuser une sensibilité plus ou moins grande.

Note sur un cas de sarcôme mélanique généralisé. — Examen histologique du cas présenté par M. Jarry. (*Bulletins de la Société anatomique*, 25 février 1881.)

Il s'agissait d'un sarcôme mélanique fasciculé, renfermant par places des ilots de sarcôme embryonnaire. La tumeur avait débuté par la peau de la jambe et s'était plus tard généralisée à la plupart des tissus organes et viscères (recherche des embolies sarcomateuses). — Ce sujet mourut dans le service de M. Gosselin, à La Charité.

Anatomie pathologique du Xeroderma pigmentosum. (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 28 juillet 1883. — *Annales de dermatologie*, 1883, page 640.) — En collaboration avec M. E. Vidal.

Dans ces travaux, nous décrivons l'anatomie pathologique de cette maladie qui n'avait pas encore été étudiée en France, et nous apportons des détails précis sur la structure histologique des lésions cutanées dans cette bizarre affection. Sur les parties de la peau amincies, les papilles ont disparu par places, elles sont hypertrophiées en d'autres points. La couche cornée de l'épiderme est épaissie; le stratum lucidum et la couche granuleuse manquent. Dans le réseau de Malpighi

aminci, la couche profonde est pigmentée comme chez le nègre. Le derme est atrophié et renferme des grains de pigment. Les fibres élastiques sont très nombreuses dans les parties atrophiées du derme. Les fibres musculaires lisses et les glandes tendent à s'atrophier. Les vaisseaux sont atrophiés, en certains points ils sont dilatés. L'épithéliome qui termine cette maladie est tantôt un épithéliome tubulé, tantôt un épithéliome lobulé avec des globes épidermiques.

Des cancers de la peau.

Ces leçons cliniques professées à l'hôpital Saint-Sauveur en 1884-85, constituent l'un des chapitres de mon livre en préparation : *Leçons sur les maladies de la peau et des muqueuses adjacentes.*

SCROFULE ET TUBERCULOSE DE LA PEAU ET DES MUQUEUSES

Ulcération tuberculeuse de la langue. (*Bulletin de la Société anatomique*, décembre 1878.)

Un phthisique du service de mon maître M. Vulpian, à La Charité, était atteint d'une ulcération de la langue siégeant en face d'une dent cariée qui semblait avoir favorisé l'apparition de l'ulcération. L'avulsion du chicot a amendé notablement l'ulcère qui paraissait sur le point de se cicatriser, comme l'avaient fait d'autres ulcérations linguales antérieures, lorsque le malade mourut de sa tuberculose pulmonaire. L'examen histologique de la langue et de l'ulcère a permis de constater une infiltration tuberculeuse des plus nettes du derme muqueux et du tissu conjonctif situé entre les fibres musculaires. Le diagnostic: ulcération tuberculeuse de la langue, fait pendant la vie, en s'appuyant sur l'existence des grains jaunes de M. Trélat, fut ainsi confirmé.

Tuberculose du périnée et de l'anus. — Ulcération tuberculeuse de la lèvre. — Tuberculose du vagin.

Ces observations que j'ai recueillies à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de mon maître, M. Fournier, ont été publiées par M. Babès, dans les *Bulletins de la Société anatomique*, 27 juillet 1883.

Des ulcérations tuberculeuses vraies des muqueuses.

Cette clinique professée en 1886 à l'hôpital Saint-Sauveur constitue l'un des chapitres de mon livre, en préparation, intitulé : *Leçons sur les maladies de la peau et des muqueuses adjacentes.*

Sur l'anatomie pathologique du lupus. (*Comptes rendus de la Société de biologie*, novembre 1882.) — En collaboration avec M. E. Vidal.

Ce mémoire comprend : 1° L'anatomie pathologique du lupus vulgaire *non exedens et exedens*. Nous décrivons à ce propos différentes particularités histologiques non encore signalées ;

2° L'étude du lupus scléreux. Sous ce nom, nous désignons une forme mal connue de lupus, caractérisée cliniquement par des taches ou des tubercules petits, circonscrits, d'un rouge foncé ou violacé, formant plus tard des saillies mamelonnées, rugueuses, inégales, hérissées en certains points d'excroissances verruqueuses, parfois cornées, séparées par des sillons et des fissures.

Ces tumeurs à la longue tendent à s'ulcérer ou à s'affaisser en laissant une cicatrice déprimée autour de laquelle se forment de nouveaux tubercules indurés. Les premiers, nous avons démontré histologiquement que ce lupus est un lupus tuberculeux devenant fibreux. Cette variété de lupus est, comme nous l'avons dit, an lupus vulgaire, ce que la tuberculose fibreuse du poumon est à la tuberculose vulgaire de cet organe. Aussi, le nom de lupus scléreux que nous lui avons proposé paraît-il pleinement justifié et est-il admis depuis par la majorité des dermatologistes ;

3° L'étude du lupus érythémateux dans ses deux formes, ou forme érythémateuse proprement dite et forme acnéique dont nous donnons des descriptions histologiques précises et nouvelles.

Dans le lupus érythémateux le derme est infiltré de cellules embryonnaires d'une façon diffuse, et ces cellules embryonnaires sont atteintes de dégénérescence granulo-graisseuse. Les cellules sont atteintes au hasard, çà et là et non en groupes comme dans le lupus vulgaire ; ces cellules embryonnaires sont peu vivaces ; les parois des vaisseaux tendent à revenir à l'état embryonnaire, ceux-ci sont dilatés, ils se rompent facilement. Les glandes de la peau s'altèrent. Tout ceci nous explique pourquoi le lupus érythémateux est si tenace, si récidivant, et pourquoi les dilatations vasculaires au niveau de cette affection ou de ses cicatrices sont si fréquentes.

Dans le lupus acnéique les glandes sébacées fortement hypertrophiées, souvent enkystées, sont entourées par un infiltrat diffus mais envahissant profondément le

derme et même l'hypoderme. Aussi les cicatrices de ce lupus sont-elles profondes, déprimées, aussi faut-il scarifier ou cautériser profondément quand on traite chirurgicalement le lupus acnéïque.

(Deux figures tirées de notre traité des maladies de la peau, que nous avons communiquées à MM. Cornil et Ranvier et qui se trouvent reproduites aux pages 847 et 850 de leur Manuel d'histologie pathologique (Tome II, 2e Edition,) représentent les lésions histologiques que nous avons décrites dans le lupus vulgaire et dans le lupus acnéique.

Recherches sur la nature, l'étiologie et l'anatomie du lupus

Deux opinions contradictoires divisent les médecins au point de vue de la nature du lupus. Pour les uns, le lupus est une sorte de néoplasme inflammatoire non spécifique ; pour les autres, le lupus est une tuberculose locale. Mais jusqu'ici la la nature tuberculeuse du lupus n'avait été que soupçonnée histologiquement par Friedländer et Köster qui y avaient trouvé un follicule analogue morphologiquement au follicule tuberculeux.

L'identité morphologique n'étant pas suffisante, j'ai, dans une série de recherches entreprises depuis 1879, essayé de déterminer quelle est la nature exacte du lupus, en m'appuyant non-seulement sur l'histologie, mais surtout sur l'expérimentation (inoculation aux animaux) et sur la recherche des bacilles.

Les résultats de mes recherches sont relatés dans les travaux suivants dont voici les titres :

1° Recherches sur l'inoculation du lupus. (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 30 décembre 1882.)

2° Recherches expérimentales et histologiques sur le lupus. (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 28 juillet 1883.) — En collaboration avec M. V. Cornil.

3° Recherches expérimentales et histologiques sur la nature du lupus. (*Archives de physiologie*, juin 1882.) — En collaboration avec M. V. Cornil. — Avec une planche en chromo-lithographie.

4° Notes diverses sur les inoculations expérimentales du lupus et l'anatomie du lupus des os. (*In thèse de M. Renouard :* Du lupus, Paris 1884.)

5° Recherches sur la nature du lupus vulgaire. (Communication faite au *Congrès international des sciences médicales*, Copenhague, août 1884 et *Progrès médical*, 1884.) —

De l'ensemble de mes recherches qui sont en entier relatées et résumées dans mon travail : *Recherches sur la nature du lupus vulgaire*, je conclus que .

A. — Le nodule lupeux présente la même structure histologique que le follicule tuberculeux (ceci n'est d'ailleurs que la confirmation de l'opinion de Friedlander et Köster.) Mais en outre, je décris avec M. E. Vidal, une forme spéciale de lupus (le *lupus scléreux.*)*Ce lupus scléreux, ainsi que l'ont montré mes recherches histologiques, est au lupus vulgaire ce que la tuberculose fibreuse du poumon est à la tuberculose ordinaire de cet organe.*

On a voulu distinguer le lupus du tubercule en disant que contrairement à celui-ci, le lupus n'envahit jamais les os. J'ai publié un cas de *lupus des os* qui a montré que cette opinion était trop absolue.

On avait essayé de distinguer le lupus de la tuberculose par la présence de tissu conjonctif reticulé dans l'une, son absence dans l'autre. J'ai montré qu'il n'en était rien, et que dans le lupus on trouvait aussi du tissu conjonctif réticulé. Ces faits histologiques venaient donc préciser encore l'indentité morphologique du lupus avec la tuberculose.

B. — Depuis Villemin, les recherches de tous les expérimentateurs ont démontré que le tubercule seul reproduit le tubercule. Si donc le lupus est une tuberculose locale, il doit, inoculé dans de bonnes conditions expérimentales, reproduire une tuberculose bacillaire inoculable en séries comme le vrai tubercule. Mes recherches dans ce sens, entreprises depuis 1879, m'ont montré dans un grand nombre de cas que *le lupus inoculé dans de bonnes conditions expérimentales produit souvent (dans 1/3 des cas environ) une tuberculose miliaire généralisée, inoculable en série et à tubercules contenant des bacilles.* Ces faits ont été vérifiés ultérieurement par MM. Koch, Hippolyte Martin, Doutrelepont, etc.

Me demandant ensuite comment il se faisait que le lupus inoculé dans le péritoine ou la chambre antérieure de l'œil chez les animaux, produisait si souvent la tuberculose, tandis que inoculé sous la peau il semblait ne pouvoir la reproduire, je suis, après une série de tâtonnements, *arrivé à montrer que l'on peut à volonté, en inoculant des fragments de lupus dans certaines conditions expérimentales, produire tantôt*

une tuberculose localisée (pendant un certain temps tout au moins), reproduire le lupus en un mot; tantôt au contraire produire une tuberculose généralisée. Cela dépend du siège de l'inoculation et de la technique opératoire.

C. — Après Doutrelepont, Demme, j'ai (en collaboration avec le professeur Cornil) signalé la présence de *bacilles* dans le lupus. Mais j'ai insisté sur leur très peu grande abondance.

De l'ensemble de mes recherches sur le lupus, recherches dont les résultats ont été vérifiés ultérieurement par plusieurs auteurs français et étrangers, j'ai cru pouvoir conclure que le lupus tuberculeux ou vulgaire doit être considéré, dans certains cas, comme une véritable tuberculose cutanée locale à forme chronique. Mais j'ai eu soin de faire remarquer (et j'ai donné les raisons de mon opinion) qu'il n'en résulte pas que l'on puisse affirmer actuellement d'une façon certaine que, ce que nous appelons lupus vulgaire ou de Willan, soit toujours une tuberculose cutanée vraie, car il est possible que nous décrivions sous le nom de lupus vulgaire des affections distinctes dans leur essence, dans leur spécificité, bien que semblables (à nos yeux tout au moins) dans leur objectivité.

Les faits précédents doivent, on le conçoit, modifier singulièrement le pronostic et le traitement du lupus.

Recherches nouvelles sur les relations qui existent entre le lupus et la tuberculose. (*Annales de dermatologie*, juin 1886.)

Voici l'analyse de ce travail telle qu'elle a été publiée dans la *Semaine médicale* de 1886, page 366 :

« Ce travail n'est, à proprement parler, qu'une confirmation de l'opinion que
» M. Leloir avait déjà soutenue antérieurement dans différentes publications, et
» notamment au Congrès international de Copenhague. C'est un nouvel apport de
» faits, tendant à prouver que le lupus vulgaire vrai n'est qu'une des formes de la
» tuberculose cutanée, et que ce même lupus peut devenir l'origine d'une extension
» de la lésion, soit au reste de la peau (gommes scrofulo-tuberculeuses), soit aux
» viscères (tuberculose pulmonaire).

» M. Leloir cite un fait assez curieux, dans lequel la lésion lupique d'abord

» localisée à la main est devenue l'origine de lymphangites tuberculeuses du membre » supérieur, pour de là, par l'épaule, gagner le poumon du côté correspondant au » membre atteint.

» On a pu nettement suivre le processus tuberculeux à travers les lymphatiques » du membre supérieur, voir les gommes scrofulo-tuberculeuses se produire sur le » trajet des lymphatiques, enfin, constater l'arrivée du virus dans le poumon du » même côté.

» Il y a là, de la part des canaux lymphatiques, un rôle de transport intéressant » à comprendre; et dans d'autres cas des lymphangites réticulaires érysipélatoïdes » se présentant sous forme d'érysipèles blancs (dits des scrofuleux), paraissent » jouer un rôle majeur dans l'absoption du virus.

» A la suite de cette assertion, M. Leloir cite quatre faits dans lesquels il a vu » successivement se produire : le pseudo-érysipèle avec bouffissure fugace autour » du lupus, l'engorgement douloureux des ganglions sous-maxillaires et » sus-claviculaires, enfin les signes généraux et stéthoscopiques démontrant » l'envahissement du poumon par la tuberculose.

» Il est difficile de nier l'existence d'un lien étroit entre ces différents » phénomènes. »

J'ajoute à cette analyse que dans deux cas de lupus j'ai pu de nouveau trouver (sur un grand nombre de coupes, il est vrai) quelques très rares bacilles de la tuberculose. De plus, des fragments de ces lupus inoculés à des cobayes m'ont fourni deux belles séries (jusqu'à six individus) de tuberculose inoculable seriatim. Je joins à ce travail une statistique tirée de ma pratique hospitalière et privée et je conclus de nouveau qne : le lupus vulgaire vrai est une des formes de la tuberculose cutanée.

Observation de lupus de la main produisant des lymphangites tuberculeuses du membre supérieur et envahissant finalement le poumon du côté du membre atteint. — Guérison. (Communiquée à M. Verneuil pour être publiée dans ses *Annales de la tuberculose*) (1887).

Cette observation est le resumé et le complément de l'histoire de la petite malade dont il est question dans le mémoire précédent.

Du lupus compliqué d'épithéliome.

Ces leçons professées à l'hôpital Saint-Sauveur en janvier 1885 et juin 1886 à propos de deux malades de mon service, sont reproduites en partie dans la thèse d'un de mes élèves, M. Bidault : *Du lupus compliqué d'épithéliome*. (*Thèse de Lille*, novembre 1886).

Ce travail fait sous ma direction est accompagné de deux planches en chromolithographie représentant les lésions observées sur les malades de ma clinique.

Voici l'analyse de ce travail qui a été faite par M. Thibierge dans les *Annales de dermatologie*, 25 janvier 1887, page 49 :

« L'auteur a entrepris ce travail sur les conseils et sous l'inspiration de son » maître le professeur Leloir. Avec ce dernier, il considère dans le lupus compliqué » d'épithélioma *deux ordres de cas* suivant que le carcinome débute sur la cicatrice » soit spontanée, soit thérapeutique d'un lupus, ou que le néoplasme apparaît au » milieu du tissu lupeux.

» Le *premier groupe* est le plus nombreux et, comme les cicatrices du lupus sont » quelquefois peu étendues, on peut se demander si la *cicatrice* n'a pas passé » inaperçue dans les cas où on admet l'apparition d'un épithélioma au milieu du » tissu lupeux, d'autant plus que l'épithélioma ne se développe jamais sur un lupus » jeune et que dans les vieux lupus il y a toujours des cicatrices.

» L'épithélioma présente une ulcération tantôt profondément fendillée, papil- » lomateuse, rouge vif, saignant facilement, avec des croûtes brun jaune ou » verdâtre, des bords calleux et indurés, tantôt rouge brun, inégale, mamelonnée, » finement granulée, dure au toucher, recouverte d'une croûte mince et sèche. » L'ulcération peut détruire tout le tissu cancéreux et se recouvrir de bourgeons » charnus qui donnent naissance à une cicatrice ; d'autres fois, elle s'étend en » surface et en profondeur et peut ronger les muscles, les os et les cartilages.....

» Cette description s'applique à l'épithélioma développé sur une cicatrice du » lupus ; les observations dans lesquelles l'épithélioma ne s'est pas développé sur » une cicatrice sont trop peu nombreuses pour qu'on puisse en développer les » caractères cliniques.

» Le *pronostic* de la lésion est variable; des cancers aplatis peuvent durer dix

» et quinze ans sans produire de lésions graves ni d'altérations sérieuses de l'état » général. Le cancer en champignon est plus grave par suite du siége plus profond » de la lésion.

» Le *diagnostic* ne peut être embarrassant qu'au début et est bientôt assuré par » la marche ultérieure.

» L'épithélioma se développe surtout dans les cas de lupus où il y a tendance à » l'augmentation de l'épiderme, avec augmentation des prolongements du corpa » muqueux et aspect papillomateux ; ces variétés pourraient être confondues » histologiquement avec l'épithélioma, mais les prolongements sont moins profonds, » moins ramifiés que dans l'épithélioma et on peut dire que dans l'épithélioma la » tumeur est en dedans de la peau, tandis que dans les lupus végétants et scléreux » la tumeur est surtout en dehors. D'autres fois, l'épithélioma se développe aux » dépens des glandes de la peau.

» L'épithélioma peut se présenter sous la forme lobulée ou sous la forme » tubulée ; la gravité de la forme tubulée tient à ce qu'elle n'est nulle part englobée » dans le tissu fibreux, mais est limitée par le derme infiltré ou par les cellules » embryonnaires qui forment le tissu lupeux.

» Le *traitement* doit consister dans le râclage fait aussi complètement que » possible de la lésion épithéliomateuse et suivi de l'application d'une pâte causti- » que ; si la tumeur est trop considérable, profonde, indurée, il faut sans hésiter » pratiquer l'ablation totale sans craindre d'empiéter sur les tissus ambiants.

» Cette intéressante monographie, la seule qui existe sur cette complication du » lupus, renferme deux observations recueillies dans le service de M. Leloir et » deux planches chromolithographiées représentent l'aspect extérieur des lésions » et leur structure histologique.»

Leçons sur la scrofulo-tuberculose de la peau et des muqueuses.

Ces leçons professées à l'hôpital Saint-Sauveur en 1885-86, à propos de malades de ma clinique, renferment des faits nouveaux relatifs à un caa de lupus de la langue, à certaines variétés de lupus tuberculeux, à la fréquence des kéloïdes chez les sujets tuberculeux ; aux lymphangites et œdèmes lymphangitiques lupeux et tuberculeux. (Elles seront publiées dans mon livre, en voie de préparation, intitulé : *Leçons sur les maladies de la peau et des muqueuses adjacentes.*)

LÈPRE

Etudes cliniques et anatomo-pathologiques sur la lèpre. (Pages 131 à 145 de mon livre, sur les : Affections cutanées d'origine nerveuse, Paris, 1881. *A. Delahaye et Lecrosnier*, éditeurs.) — Planches chromo-lithographiques III et IV de ce livre.

De la lèpre. (Pages 214 et 215 de mon article : Trophonévrose, *In dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 1883.)

Rapport sur la lèpre en Norwège. (Mission scientifique du Ministère de l'Instruction publique, 1884.)

Déposé en octobre 1884 au Ministère de l'Instruction publique.

Sommaire du rapport de M. Leloir sur la lèpre en Norwège. (Mission scientifique de l'État. *Comptes rendus de la Société de biologie*, 13 juin 1885 et *Journal des Connaissances médicales*, juin 1885.)

La lèpre en Norwège. (*Semaine médicale*, 24 juin 1885.)

Études sur la lèpre en Norwège. (*Comptes-rendus de l'Institut* (Académie des Sciences), 6 juillet 1885.)

Anatomie pathologique de la lèpre. (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 18 juillet 1885.)

Recherches sur l'anatomie pathologique de la lèpre. (*Comptes rendus de l'Institut* (Académie des Sciences), 3 août 1885.)

Études comparatives de la lèpre en Italie. (*Annales de dermatologie*, 25 novembre 1885.)

Les différents mémoires, travaux et notes précités fruits de recherches que j'ai entreprises sur la lèpre depuis 1878, se trouvent reproduits et colligés dans mon volume intitulé :

Traité pratique et théorique de la lèpre. (Volume in-4° raisin de 359 pages, avec quarante-trois figures originales intercalées dans le texte, et sept tableaux statistiques ; accompagné d'un atlas de vingt-deux grandes planches originales en chromo-lithographie et en héliogravure. — Paris 1886, *A. Delahaye et Lecrosnier,* éditeurs.)

(Le manuscrit de ce traité a été déposé le 2 février 1886 à l'Académie de médecine.)

Voici l'analyse de mon traité de la lèpre, telle qu'elle a été publiée par M. L. Brocq dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, numéro du 25 octobre 1886, page 615 :

« Le splendide ouvrage que M. le professeur Leloir vient de faire paraître, » n'est ni une simple compilation, ni une œuvre bâtive édifiée sur quelques cas » isolés. On aurait pu le craindre si l'on n'avait considéré que la nationalité de » l'auteur, puisque la lèpre est à peu près inconnue dans le Nord de la France, et » qu'on n'observe dans nos régions que quelques rares sujets venus des côtes de » la Méditerranée, des colonies ou d'Amérique. Mais ç'aurait été bien peu » connaître l'esprit scientifique de ce travailleur émérite que de le croire capable » de produire une œuvre superficielle : les matériaux qui lui manquaient en France, » il est allé les chercher en Norwège et en Italie ; il a étudié dans ces deux contrées » de nombreux malades, a recueilli leurs observations avec le plus grand soin, a » pratiqué des examens histologiques répétés, a conféré avec les médecins » indigènes et est revenu riche de matériaux inédits qui font de son livre une » œuvre originale et vraiment digne de la dermatologie française.

» Il faut lire sa préface pour se rendre compte des difficultés qu'il a eues à » surmonter et de l'importance de la tâche qu'il a accomplie. Aussi a-t-il pu dire » avec un légitime orgueil que sa monographie est basée sur l'étude de plus de » neuf cents lépreux de divers pays, sur cent cinquante observations inédites, sur » l'examen d'une grande quantité de pièces anatomo-pathologiques provenant des

» pays les plus lointains, et qu'il a rapporté des faits et non des paroles creuses au
» pays qui l'avait honoré d'une mission scientifique. (1)

» Son ouvrage est divisé en deux parties : Dans une première partie, il étudie
» la *symptômatologie de la lèpre*, *son évolution*, *ses complications*, *son pronostic*; dans
» une seconde partie, il étudie *son anatomie pathologique*, *son diagnostic*, *sa distri-*
» *bution géographique et son histoire*, *son étiologie*, *son traitement prophylactique et*
» *curatif.*

PREMIÈRE PARTIE

» **Symptomatologie.** — L'auteur définit la lèpre : une maladie parasitaire
» chronique. Elle est caractérisée par la production de néoplasies renfermant des
» bacilles, lesquels se développent surtout au niveau du tégument (cutané ou
» muqueux), au niveau des nerfs, dans les ganglions lymphatiques et dans certains
» viscères. Elle amène presque toujours la mort.

» Lorsque ces néoplasies spécifiques (que l'auteur appelle *léprômes*) se systéma-
» tisent, on a des formes de lèpre auxquelles il propose de donner le nom de
» *lèpres systématisées.* — Lorsque les léprômes se localisent surtout dans le tégument
» (cutané ou muqueux), les vaisseaux et ganglions lymphatiques correspondants,
» etc., on a la *forme tuberculeuse ou noueuse,* que l'on pourrait appeler : *lèpre systé-*
» *matisée tégumentaire.* — Lorsque les léprômes se localisent surtout dans les
» nerfs, on a la *forme anesthésique* ou *trophonévrotique*, que l'on pourrait appeler :
» *lèpre systématisée nerveuse.*

» Le plus souvent, les lésions ne sont pas et surtout ne restent pas toujours
» nettement systématisées ; elles envahissent simultanément le tégument et le
» système nerveux et l'on se trouve alors en présence des formes dites *mixtes*,
» dont l'existence démontre l'unité de la lèpre ; on pourrait aussi dénommer ces
» derniers cas : *lèpres complètes.*

» Le professeur Leloir fait remarquer qu'il rejette complètement la forme
» *maculeuse* admise par plusieurs auteurs. Il ne croit pas qu'elle constitue une forme
» bien distincte ; ce qu'on a désigné sous ce nom ne doit être considéré d'après lui

(1) M. le professeur Leloir a été chargé en 1884, par le Ministère de l'Instruction publique d'une mission en Norwège et spécialement aux environs de Bergen pour y étudier la lèpre.

» que comme des variétés ou des formes éruptives ou des phases dans l'évolution
» des trois formes précédentes.

» Abordant ensuite la description clinique de l'affection, l'auteur étudie les
» *prodromes* auxquels il donne le nom de *période d'invasion*. . . . .

» I. — Il décrit ensuite avec le plus grand soin la *lèpre systématisée tégumentaire*
» *ou tuberculeuse, ou noueuse*. D'après lui, les taches qui précèdent presque toujours
» l'apparition des tubercules doivent se diviser en deux grandes catégories :

» 1° *Taches hypérémiques* ou *érythèmes lépreux*, de beaucoup les plus fréquentes
» dans la lèpre tuberculeuse. . . . .

» 2° *Taches* ou *maculeuses pigmentaires*. — Elles appartiennent surtout à la
» variété décrite sous le nom de maculeuse et qui devient ensuite anesthésique
. . . .

» Les troubles de la sensibilité, l'anesthésie en particulier, sont très fréquents,
» mais non moins constants. . . . .

» Une fois les tubercules développés soit au niveau des taches devenues fixes,
» soit à côté, on peut, dans beaucoup de cas, observer chez le même sujet tous les
» intermédiaires entre la macule érythémateuse plane, la maculo-papule en train de
» s'infiltrer de néoplasme lépreux, et le tubercule lépreux purement néoplasique.
» — L'auteur adopte la division des tubercules lépreux en deux types : 1° *Le léprôme*
» *hypodermique*; 2° *Le léprôme dermique pur ou envahissant une partie plus ou moins*
» *considérable de l'hypoderme sous-jacent*.

» 1° *Le léprôme hypodermique* s'observe plus rarement que le léprôme dermique,
» peut-être parce qu'il passe plus facilement inaperçu . . . .

» 2° L'auteur étudie ensuite, dans tous ses détails, le léprôme ou tubercule der-
» mique pur, lequel envahit, dans la plupart des cas, une partie plus ou moins consi-
» dérable de l'hypoderme sous-jacent ; comme le type précédent, il peut se montrer
» sous forme de léprôme nodulaire ou sous forme de léprôme infiltré en nappe ou
» diffus . . . .

» Les muqueuses du nez, de la bouche, de la gorge, du larynx et de l'œil
» peuvent être envahies dès le début de l'éruption tuberculeuse : sinon elles le sont
» toujours au bout d'un certain temps. M. le professeur Leloir énonce ce fait en
» disant que l'*exanthème* tuberculeux est toujours accompagné au bout de quelque
» temps d'un *enanthème* tuberculeux, dont il donne, suivant les régions, une descrip-

» tion des plus précises. — Cet exposé symptômatique du léprôme tuberculeux se » termine par un tableau d'ensemble du lépreux tuberculeux à la période d'ulcé- » ration et de déclin. L'auteur passe ensuite en revue les deux modes d'évolution » de cette variété ; on sait, en effet, qu'elle peut avoir une marche aigüe, fébrile, » qui aboutit rapidement à la mort, ou bien, ce qui est la règle, une marche » chronique dont la durée moyenne est de 8 à 12 ans ; le malade arrive alors » lentement à la période cachectique et finit par mourir épuisé ; les viscères » présentent des lésions nombreuses, lépreuses ou non . . . .

» A mesure que la lèpre tuberculeuse progresse, l'anesthésie, qui tout d'abord » fait défaut ou n'est que fort peu marquée, s'accentue de plus en plus.

» En même temps, se montrent souvent d'autres phénomènes qui décèlent » l'envahissement du système nerveux périphérique par le processus morbide ; » en somme, on voit s'établir peu à peu des symtômes caractéristiques de la lèpre » systématisée nerveuse ; tantôt alors l'éruption des léprômes tégumentaires » diminue d'intensité, tantôt elle persiste, tantôt il semble se produire alternative- » ment des poussées du côté des téguments et du côté du système nerveux. » Cependant si le lépreux résiste à sa lèpre tuberculeuse, on voit d'ordinaire peu » à peu les éruptions tégumentaires néoplasiques disparaitre, et le lépreux tuber- » culeux se transforme en un lépreux anesthésique. Ces faits permettent, on le » voit, d'établir sur des bases inébranlables l'unité de la lèpre, et de comprendre » l'évolution de cette maladie . . . .

» II. *La lèpre systématisée nerveuse ou lèpre trophonévrotique ou anesthésique* est, dans » l'immense majorité des cas, précédée d'une éruption du côté des téguments. » L'auteur repousse, pour cette variété, la dénomination de *lèpre maculeuse* parce » que l'éruption maculeuse prémonitoire peut également s'observer dans la variété » tuberculeuse, parce que cette éruption maculeuse peut manquer et être remplacée » par le pemphigus précoce : il repousse également celle de *lèpre anesthésique*, car » l'anesthésie peut s'observer dans tous les cas de lèpre, et celles de *lèpre aphyma-* » *tode*, *lèpre lisse*, parce qu'elles ne s'appuient que sur un signe négatif. Le nom » qu'il adopte, de *lèpre systématisée nerveuse*, a, dit-il, l'avantage d'indiquer la » localisation, la caractéristique majeure de cette variété.

» Il lui distingue quatre périodes : 1° *Une période prodromique ou d'invasion* que » nous avons étudiée plus haut ; 2° *Une période éruptive ou de début* ; 3° *Une*

» *période d'état* constituée par l'envahissement définitif du système nerveux par
» le virus lépreux ; 4° *Une période de déclin*, de cachexie, aboutissant à la mort.

» La période éruptive ou de début peut être fort courte ou très prolongée, elle est
» caractérisée par une *éruption tégumentaire* et par une *éruption* qui se *fait du côté*
» *des nerfs*. L'éruption tégumentaire est composée de macules qui peuvent être,
» comme dans la lèpre tuberculeuse, érythémateuses ou hypérémiques d'abord,
» puis hyperchromiques ou achromiques, ou bien pigmentaires d'emblée (hyper-
» chromiques ou achromiques,) suivies ou non d'atrophie cutanée . . . . .

» L'auteur entre dans les plus grands détails au sujet de l'étendue, de la forme,
» de la couleur, de l'évolution de ces plaques, des modifications de teintes qu'elles
» peuvent subir. A notre grand regret, nous ne pouvons les reproduire dans cette
» analyse déjà beaucoup trop étendue . . . .

» . . . . . . Lorsque les taches se sont développées, l'état du malade
» peut rester stationnaire pendant fort longtemps, parfois pendant des années,
» Cependant, dans la plupart des cas, on voit bientôt les phénomènes nerveux
» apparaître et la lèpre systématisée nerveuse se constitue à la période d'état.
» Aussi M. le Professeur Leloir ne pense-t-il pas que l'on puisse faire de ces taches,
» malgré leur longue durée dans certains cas, une forme spéciale de lèpre ou forme
» maculeuse. En même temps que l'exanthème maculeux, on observe parfois chez
» les malades des symptômes qui indiquent que le système nerveux est envahi. .

» Il est une autre variété d'éruption prémonitoire de la lèpre systématisée ner-
» veuse, c'est le pemphigus lépreux. Il remplace fréquemment les éruptions macu-
» leuses qui font défaut, mais aussi il peut se produire lorsque l'exanthème
» maculeux a disparu, ou bien avant son apparition ou même pendant qu'il évolue.
» Ce pemphigus lépreux dont l'auteur donne une excellente description est parfois
» précédé pendant quelques jours d'un malaise général, de fièvre, de douleurs
» névralgiques et rhumatoïdes . . . .

» A mesure que l'affection évolue, l'envahissement du système nerveux s'ac-
» centue davantage. C'est ce que l'auteur met en relief en disant que l'éruption se
» fait du côté des nerfs. . . . .

» La lèpre systématisée nerveuse n'est donc, d'après M. le professeur Leloir,
» qu'une névrite spécifique des nerfs périphériques avec toutes ses conséquences.
» Cette névrite (parenchymateuse et interstitielle) est une névrite à marche aigüe

» aboutissant assez rapidement à la destruction du nerf.» Il étudie successive-
» ment : 1° *Une période d'envahissement du nerf* ou période éruptive aigüe du nerf,
» laquelle correspond cliniquement à la période hypéresthésique et aux exanthèmes
» cutanés; 2° *Une période d'état*, caractérisée anatomiquement par la dégénéres-
» cence complète du nerf, et cliniquement par l'anesthésie, les paralysies, les atro-
» phies, et différents troubles trophiques. Or, pendant cette période d'état, peuvent
» survenir de temps en temps des éruptions maculeuses ou bulleuses indiquant,
» soit une recrudescence dans l'intensité de l'affection considérée en général, soit
» l'envahissement de nouveaux nerfs : car, dans la lèpre, il est rare que tous les
» nerfs soient atteints simultanément ; ils le sont, au contraire, presque toujours
» d'une façon plus ou moins successive.

» La névrite lépreuse, au début ou à sa période irritative, commence souvent
» par des frissons ou de la fièvre ; en même temps apparaît un engorgement dou-
» loureux plus ou moins accentué des ganglions lympathiques, en particulier des
» ganglions inguinaux. Puis elle se caractérise par une hypéresthésie cutanée des
» plus accentuées, telle que le plus léger attouchement produit des douleurs plus ou
» moins vives, non seulement au niveau des taches, des bulles et des ulcérations,
» mais aussi dans les régions voisines, parfois sur toute l'étendue des téguments.
» — En même temps, surviennent des douleurs névralgiques..... Certains nerfs
» ont déjà subi un épaississement régulier ou fusiforme, rarement noueux ou moni-
» liforme, surtout perceptible au niveau du nerf cubital à son passage dans la gout-
» tière olécranienne; ces nerfs ainsi épaissis sont fort douloureux au toucher.
» M. le professeur Leloir a aussi constaté à cette période des troubles du côté de
» l'ouïe, tels que bourdonnements d'oreille, surdité légère, etc

» Après un laps de temps variable, les symptômes précédents diminuent d'inten-
» sité, la santé du malade semble s'améliorer. Cette rémission apparente n'est que
» l'indice de la dégénérescence complète des nerfs envahis, et le malade arrive
» à la période d'anesthésie et d'atrophie.

» 3° *La période d'état (période anesthésique, atrophique et mutilante)*, est caractérisée
» surtout et avant tout par de l'anesthésie qui en constitue le symptôme pathogno-
» momique. Son mode de début est des plus variables ; le plus souvent, elle se
» manifeste d'abord aux pieds et aux jambes, aux mains et aux avant-bras, enfin, à
» la face. Rien de plus irrégulier d'ailleurs, suivant les malades, que son mode

» de distribution. « On peut dire qu'elle est d'autant plus complète que l'on s'éloigne » davantage du centre vers la périphérie, et, d'autre part, il paraît impossible de la » limiter à tel nerf plutôt qu'à tel autre. » L'auteur a fréquemment observé un » retard des plus manifestes dans la perception des sensations ; dans les cas » récents, il a pu réveiller momentanément la sensibilité par le pinceau électrique. » L'anesthésie semble n'atteindre d'abord que la peau et l'hypoderme, puis elle » s'étend aux tissus sous-cutanés et devient absolue. Le goût et l'odorat sont » affaiblis.

» En même temps que se développe l'anesthésie, l'atrophie musculaire apparaît » et s'établit graduellement : il n'y a pas de paralysie à proprement parler. La » diminution de la contractilité musculaire est en rapport direct avec l'atrophie de » la fibre contractile . . . .

» Ces atrophies donnent lieu à des déformations assez caractéristiques, faciles » à concevoir, et sur lesquelles nous n'insisterons pas. . . . .

» M. le professeur Leloir a observé chez trois malades quelques mouvements » fibrillaires dans les muscles des membres en train de s'atrophier. . . .

» On observe des troubles trophiques du côté des diverses muqueuses, du nez » qui peut être le siège d'ulcérations, des gencives, des dents qui peuvent tomber » spontanément, comme chez les ataxiques. Peu à peu la peau des régions anes- » thésiées s'atrophie et prend un aspect sénile des plus accentués ; elle devient » sèche, les follicules pilo-sébacés disparaissent ; les ongles des doigts et des » orteils sont fréquemment altérés. Souvent aussi la peau des mains et des pieds » s'amincit, se ratatine, se retrécit au point de se fendre en certains points, surtout » au niveau des articulations ; ces ulcérations indolentes et anesthésiques gagnent » en profondeur, finissent par pénétrer jusqu'aux interlignes articulaires, et par » faire tomber les phalanges. — Cette mutilation qui se produit lentement, sans » réaction inflammatoire appréciable, peut aussi s'effectuer soit par formation d'un » véritable mal perforant, soit par formation d'une sorte d'abcès froid qui s'ouvre » en laissant après lui des ulcérations profondes intéressant les muscles, les » tendons et les os, soit par production de gangrène sèche qui frappe la peau, le » tissu cellulaire, les tendons, les ligaments et détermine en dernière analyse la » chute d'une phalange, d'un doigt, d'un orteil, d'une main, d'un pied. Enfin, il » est des cas où la lésion osseuse n'est pas consécutive à une ulcération, mais

» se produit par un véritable phénomène d'absorption, ou mieux de résorption » spontanée : les phalanges, les os du métacarpe et du métatarse s'amincissent, » s'effilent, en même temps que le tissu cellulaire périphérique disparaît. Ces » lésions, qui d'ailleurs peuvent affecter dans leur localisation toutes sortes d'irré- » gularités, déterminent des déformations très variées d'aspect, quoique pathogno- » momiques. De nombreux dessins annexés au texte permettent de s'en rendre » compte avec la plus grande exactitude. L'albuminerie, fréquente chez les lépreux » anesthésiques, est produite d'ordinaire par la dégénérescence amyloïde des » reins, laquelle semble être consécutive aux suppurations osseuses intarrissables.

» 4° Ce qui précède suffit à faire comprendre ce que doit être le lépreux tropho- » névrotique à la dernière période de son affection. — L'intelligence finit par » disparaître et la mort survient dans le marasme. Elle peut être hâtée parfois » par des convulsions tétaniques, souvent par l'albuminerie et ses complications. » D'autres fois, c'est la diarrhée colliquative qui emporte le malade. Enfin, une » maladie intercurrente : pneumonie, pleurésie, infection purulente, fièvre inter- » mittente, etc., vient dans certains cas, hâter la terminaison fatale. Contrairement » aux lépreux tuberculeux, les lépreux trophonévrotiques ne meurent presque » jamais phthisiques.

» L'auteur termine cette étude si complète de la lèpre systématisée nerveuse » en examinant ce qu'est la lèpre tachetée et bulleuse, dénommée lèpre Lazarine, » par MM. Lucio et Alvarado, et Poncet (de Cluny). Pour lui, la lèpre dite Lazarine » ne constitue pas une forme spéciale de lèpre, mais une variété dans l'exanthème » maculo-bulleux de cette affection. — C'est un érythème souvent bulleux, parfois » un pemphigus, devenant escharotique. — Il propose de lui donner le nom : » d'*érythème polymorphe lépreux*, *bulleux et escharotique*.

» 5° *La lèpre mixte ou complète* est le véritable type de l'affection : la lèpre peut » être complète d'emblée : lorsque le virus lépreux envahit plus ou moins simulta- » nément les différents tissus de l'économie. D'autre part, il est fréquent de voir » une lèpre systématisée tégumentaire devenir trophonévrotique, et une lèpre » systématisée nerveuse peut parfois devenir tuberculeuse. Enfin la lèpre dite » Lazarine mexicaine peut être mélangée à la lèpre tuberculeuse. L'auteur cite » plusieurs observations qui prouvent, avec la dernière évidence, la réalité de » ces divers groupements de symptômes.

» Nous avons déjà énuméré les principales *complications* de la lèpre. Les lépreux » sont parfois atteints de certaines dermatoses telles qu'eczéma, lichen, gale, » prurigo parasitaire, prurigo de Hebra, psoriasis, favus; mais ces affections » intercurrentes ne semblent pas à l'heure actuelle, en Norwège, grâce aux progrès » de l'hygiène, être plus fréquentes chez eux, que chez les sujets sains. L'auteur » fait remarquer à cet égard, que des dermatoses prurigineuses précèdent la lèpre » dans certains cas, et qu'il serait possible que les excoriations tégumentaires qui » en sont la conséquence, jouent le rôle de portes d'entrée au virus lépreux. Il se » demande même si les moustiques ne seraient pas, dans les pays chauds, des » agents de transport de ce virus. L'auteur a vu plusieurs fois une phthisie » pulmonaire à marche rapide faire disparaître plus ou moins les tubercules » cutanés. La syphilis est une complication des plus graves : les lépreux supportent » très mal le mercure. En outre, il est fréquent d'observer chez eux le scorbut, la » chlorose, l'anémie, la scrofule, la tuberculose pulmonaire.

DEUXIÈME PARTIE

» Dans son chapitre de l'anatomie pathologique, M. le professeur Leloir expose, » avec tous les détails nécessaires, les résultats des recherches si nombreuses » entreprises dans ces derniers temps sur la morphologie du bacille de la lèpre, sur » sa disposition dans les tissus, sur les lésions de la peau, des muqueuses, des » nerfs, du tissu conjonctif sous-tégumentaire, des ganglions lymphatiques, du foie, » de la rate, du testicule, de l'œil, du cartilage, des petits vaisseaux sanguins et » lymphatiques, régions où le léprôme et le bacille lépreux ont été démontrés d'une » façon incontestable. . . . .

» Nous ne saurions trop recommander aux lecteurs cette étude si complète et si » précise de l'anatomie pathologique sur l'affection qui nous occupe. Ils y » trouveront résumés les principaux travaux parus sur la matière et quelques » recherches originales de l'auteur, en particulier celles qui ont trait aux lésions » de la langue et du système nerveux.

» M. le professeur Leloir a étudié dans le chapitre de l'anatomie pathologique, » la question des inoculations expérimentales de la lèpre. . . . .

» Après avoir exposé avec des détails suffisants le diagnostic, M. le professeur
» Leloir aborde l'étude de l'histoire et de la géographie de la lèpre . . . . .

» Il y démontre ce que nous avions déjà mis en relief dans un de nos articles,
» que la lèpre a toujours suivi les grands courants humains, que les mesures prises
» par les gouvernements pour isoler les lépreux ont toujours fait décroître et dispa-
» raître cette maladie, et cela avec d'autant plus de rapidité que les mesures ont été
» plus rigoureuses. Dans les pays où ces mesures n'ont pas été prises, la lèpre
» s'est, en général, perpétuée ou étendue. Ces faits ressortent évidents des
» documents fort intéressants que publie l'auteur . . . .

» Quand on examine les différentes causes assignées à la lèpre par les auteurs,
» on est frappé de leur peu de valeur, je dirais presque de leur puérilité. Les uns
» en recherchent l'origine dans les refroidissements et changements brusques de
» température, les autres dans l'excessive chaleur ; pour d'autres, c'est l'alimen-
» tation défectueuse, le poisson salé et gâté, la viande de porc, l'alimentation
» insuffisante, la mauvaise hygiène, les habitations malsaines qu'il faut incriminer.
» Ainsi que le montre l'auteur, toutes ces conditions étiologiques peuvent manquer
» dans des contrées et chez des familles où sévit la lèpre, et inversement.

» Examinant ensuite la question de l'hérédité, M. le professeur Leloir prouve
» que l'hérédité seule ne peut expliquer tous les cas de lèpre ; en effet, cette
» affection s'observe fréquemment chez des sujets nés dans des pays non conta-
» minés par la lèpre et qui n'ont jamais eu de lépreux dans leur famille, et de plus,
» on est loin de rencontrer l'hérédité chez tous les lépreux nés dans les pays à
» lèpre. Sur un total de cent sept cas, où l'auteur a pu établir les antécédents
» héréditaires, c'est-à-dire l'état de santé du père, de la mère, des grands-pères et
» des grand'-mères, il a constaté quarante-sept fois l'hérédité et soixante fois
» l'absence complète d'ascendants lépreux. Il existe même des faits dans lesquels
» les parents ont été atteints après leurs enfants, et, dans de nombreux cas,
» considérés comme héréditaires, les parents étaient sains lorsqu'ils ont mis au
» monde les enfants qui ont été infectés plus tard. D'ailleurs, les enfants d'un
» lépreux ou d'une lépreuse, ou même les enfants issus de l'union de deux lépreux
» ne sont pas toujours atteints de cette maladie ; et, ainsi que l'a remarqué
» Schilling, ils ont d'autant plus de chances d'échapper au fléau qu'on les isole plus
» tôt de leurs parents. On sait que la lèpre ne débute pas d'ordinaire dans les

» premières années de la vie : sur cent soixante cas où l'âge du début a pu être » rigoureusement déterminé, l'auteur n'en a pas trouvé un seul au-dessous de » quatre ans. Ce fait d'observation n'est guère en faveur de la théorie de l'hérédité. » Tous les faits publiés, comme étant des exemples d'hérédité, ne peuvent-ils pas » s'expliquer, comme le veulent Schilling, Drognat-Landré, Hansen, Neisser, en » admettant que ce sont des cas de contimination en famille? L'auteur conclut en » disant qu'il est loin de nier l'influence de l'hérédité, bien qu'elle ne soit pas encore » démontrée d'une façon absolue, mais il affirme que l'hérédité seule est » absolument insuffisante pour expliquer la production de nombre de cas de lèpre, » voire même la lèpre de famille.

» Les arguments qu'il apporte en faveur de l'opinion de ceux qui veulent que la » lèpre soit contagieuse sont des plus instructifs. Nous engageons vivement les » médecins que cette question intéresse à lire les détails qu'il donne sur l'hygiène » des populations que décime la lèpre, des Norwégiens par exemple, et sur les » conditions d'inoculabilité qu'elles réunissent.

» Il réfute ensuite les objections formulées par les anti-contagionistes et » termine en citant les épidémies locales de lèpre . . . .

» Au point de vue du traitement, l'auteur reste dans la réserve la plus » prudente : il rappelle avec raison qu'avant de déclarer guéri un malade atteint » de la lèpre, il faut l'avoir suivi non pas des mois, mais des années. Et même, » ajoute-t-il, si la guérison survenait, ce ne serait pas d'après un cas isolé que » l'on pourrait conclure à l'heureuse influence du traitement employé, puisque l'on » a pu observer la guérison spontanée de quelques cas fort rares de lèpre. . . .

» Le seul traitement que l'on puisse préconiser jusqu'ici est le traitement » palliatif . . . .

» On a tout essayé contre les douleurs névralgiques de la lèpre systématisée » nerveuse; bains de vapeur, salicylate de soude, ventouses scarifiées le long du » trajet du nerf douloureux, injection de morphine à haute dose, application de » compresses chloroformées, aconitine jusqu'à la dose de deux milligrammes par » jour. Tous ces moyens ont pu réussir dans certains cas, mais il en est dans » lesquels ils restent impuissants. M. Leloir ne croit pas que l'on doive alors » pratiquer l'élongation du nerf, ou tout au moins il dit, avec raison ce nous » semble, qu'elle ne doit être considérée que comme une opération purement

» palliative et non curative, puisqu'il est à peu près prouvé à l'heure actuelle que » ces troubles morbides de la lèpre trophonévrotique dépendent uniquement de » lésions des nerfs périphériques. Dans certains cas, on est allé jusqu'à amputer » le membre siège des névralgies ; l'auteur cite un fait dans lequel le résultat » obtenu fut excellent.

» M. Leloir croit que parfois la destruction des tubercules par les caustiques » ou le feu peut donner de bons résultats. « Il ne serait pas impossible, dit-il, que » la lèpre tuberculeuse n'étant rien autre chose parfois qu'une lèpre locale, la » destruction absolue des léprômes au début, quand ils sont peu nombreux, puisse » empêcher l'envahissement général de l'économie, de même que la destruction » des tuberculoses localisées, du lupus en particulier, d'après le procédé de » M. le docteur Besnier, empêche l'infection générale de l'économie par le bacille » de la tuberculose..... On pourrait adjoindre à ce traitement local un traitement » parasiticide interne. »

» Il faut que le lépreux quitte le pays infecté pour venir en pays tempéré non » lépreux ; il devra suivre une hygiène rigoureuse, faire usage d'aliments sains, de » lait, de viande, de légumes frais, d'œufs, prendre des soins de propreté exagérés, » se lotionner toute la surface du corps avec des solutions d'acide phénique ou » d'un autre désinfectant, etc. Il faudra lui relever le moral, lui prescrire des » toniques, traiter les complications intercurrentes, et suivant les cas administrer » à l'intérieur soit la créosote, soit l'acide phénique, le gurjum, l'huile de Chaul- » moogras, ou les médicaments récemment préconisés par Unna.

» L'intéressante bibliographie, par laquelle l'auteur termine, ne comprend pas » moins de 250 numéros, bien qu'il n'ait indiqué que les travaux les plus » importants.

» Quatre-vingt-onze observations, toutes inédites, intéressantes à des titres » divers, sont publiées dans cet ouvrage, et constituent une mine des plus riches » pour les recherches ultérieures.

» Mais nous ne saurions surtout trop recommander à l'admiration des lecteurs » le superbe *Atlas* qui est annexé au texte et qui contient vingt grandes planches » originales, in-quarto, en chromo-lithographie et en héliogravure. Leur exécution » ne laisse rien à désirer ; ce sont de véritables œuvres d'art. Toutes les » difformités causées par la lèpre, toutes les lésions macroscopiques et micros-

» copiques de cette affection y sont reproduites avec une scrupuleuse exactitude et
» un fini de dessin parfait. Enfin, deux cartes terminent l'atlas et montrent, la
» première, la distribution géographique de la lèpre, à la surface du globe; la
» seconde, le déploiement de la lèpre dans les districts médicaux de la Norwège à
» la fin de l'année 1879 ; celle-ci est due au docteur Kaurin.

» Qu'ajouterais-je à cette analyse ? Mieux que tous les éloges, elle montre
» l'importance de ce travail à la fois original et complet, de cette belle
» monographie dont tous les dermatologistes français doivent être fiers; et je
» terminerai en disant que je m'associe de tout cœur aux applaudissements et
» aux vœux que notre éminent et très honoré maître, M. le docteur Besnier,
» vient d'adresser dans le numéro de septembre de ce journal au brillant
» professeur de la Faculté de Lille.

SYPHILIS

CHANCRE (SYPHILOME PRIMAIRE). — SYPHILIDES. — SYPHILOMES. — SYMPTOMATOLOGIE, ANATOMIE, PATHOLOGIE GÉNÉRALES DE LA SYPHILIS.

Anatomie pathologique du chancre syphilitique et des syphilides secondaires de la peau et des muqueuses.

Le résultat de mes recherches sur ce sujet, entreprises d'abord en 1878 à Lourcine, dans le service de mon maître, M. V. Cornil, et poursuivies depuis cette époque dans le service de mes maîtres, MM. Vulpian et Lailler, à La Charité et à l'hôpital Saint-Louis, se trouve relaté dans les travaux suivants, dont l'analyse a été donnée plus haut (*voir pages* 20 à 30) :

« *Altération spéciale des cellules épidermiques.* (*Archives de physiologie*, 1878.) — » *Avec deux planches en chromo-lithographie ;*

» *Contribution à l'étude de la formation des pustules et des vésicules sur la peau et les* » *muqueuses.* (*Archives de physiologie*, 1880.) — *Avec deux planches en chromo-* » *lithographie ;*

» *Contribution à l'étude de la structure et du développement des productions pseudo-* » *membraneuses sur les muqueuses et sur la peau.* (*Archives de physiologie*, 1880.) — » *Avec une planche en chromo-lithographie.* »

J'étudie dans ces différents travaux les lésions du chancre infectant, des syphilides papuleuses de la peau et des muqueuses, des papules opalines, vésiculeuses

et diphthéroïdes des muqueuses, des syphilides pustuleuses et en particulier des syphilides ecthymateuses et varioliformes; et j'insiste surtout sur les lésions épidermiques observées à la surface de ces différentes lésions. — Je montre que ces lésions épidermiques ne présentent aucun caractère spécifique dans leur aspect, que ce sont des lésions de vésico-pustulation ou d'altérations épithéliales aboutissant à la formation de fausses membranes et dépendant du processus général que j'ai décrit sous le nom de : «*Altération cavitaire des cellules épidermiques*» — Je décris l'histologie spéciale de ces différentes lésions de la syphilis, et explique par les lésions diverses observées au niveau de l'épiderme, les variétés d'aspect multiples que présentent les surfaces des chancres, des syphilides papuleuses des muqueuses (*papule simple*, *papule opaline*, *papule dipthéroïde*, *papule érosive*).

De la destruction du chancre comme moyen abortif de la syphilis.
(*Annales de dermatologie*, janvier 1881).

Dans ce travail critique je montre que cette opération, remise en faveur dans ces derniers temps à la suite des travaux de MM. Auspitz et Unna, a été employée d'abord par M. Ricord. Je discute, au point de vue théorique et pratique. la valeur de cette méthode, en m'appuyant sur cent-six observations publiées par différents auteurs. Je montre, en outre, en m'appuyant sur les faits que j'ai observés dans le service de mon maître M. Cornil, à Lourcine, que les petites opérations sont parfaitement supportées par les syphiliques, contrairement à ce qui a été dit par différents auteurs.

Chancre induré de l'espace interdigital compris entre le deuxième et le troisième orteil du pied droit. (*Annales de dermatologie*, 1882.)

Cette observation constitue un exemple peut-être unique (je n'en connais pas d'analogues qui aient été publiés) de chancre infectant situé entre les orteils. Elle vient s'ajouter à la liste déjà longue des chancres extra-génitaux à siège bizarre publiée par les syphiligraphes, en particulier par MM. Ricord et Fournier. — Le mode de contamination a été précisé. Le malade était atteint d'eczéma crevassé situé entre les orteils, cette érosion du tégument fut souillée (succion) par la salive d'une femme syphilitique atteinte de plaques muqueuses buccales.

De l'excision du chancre comme moyen abortif de la syphilis. — Excision d'un chancre infectant, quatorze heures après son apparition. — Discussion. (Communication faite au Congrès international des Sciences médicales de Copenhague, 1884. (Voir les comptes rendus du Congrès) et *Viertelyahresschrift für dermatologie und syphiligraphie*, Vienne, 1884.)

Il s'agit d'un étudiant chez lequel j'ai pu exciser le chancre infectant quatorze heures au plus après son apparition (le sujet avait été contaminé par une femme atteinte de syphilides vulvaires, comme j'ai pu le constater). — Il n'y avait pas d'adénopathie. L'excision fut pratiquée largâ manu, il ne se produisit pas de réinduration ou niveau de la plaie qui se cicatrisa rapidement. — Néanmoins cet étudiant fut atteint quelque temps après d'une syphilis incontestable.

Ce cas doit se rapprocher du fait analogue de Rasori, et d'un fait semblable observé par M. Fournier. Ces trois observations sont les seules qui existent dans les annales de la science.

A propos de ce cas, j'ai fait remarquer que le chancre est évidemment un foyer d'infection (et non le premier des accidents scondaires, comme le disait M. Ricord); mais que rien ne prouve qu'au moment de l'apparition du chancre le virus reste toujours limité uniquement à ce foyer primitif, comme le pensent certains syphiligraphes. Aussi cette diffusion rapide du virus, hors de son foyer d'incubation primitif explique-t-elle les insuccès obtenus.

Du syphilôme chancriforme des organes génitaux.

Ces cliniques professées en 1884-1885 à l'hôpital Saint-Sauveur et publiées sommairement dans mes leçons sur la syphilis (*Progrès médical*, 1885), ont été reproduites en partie dans le travail fait, sous ma direction, par l'un de mes élèves, M. L. Declercq : *Du syphilôme chancriforme des organes génitaux*. (*Thèse de Lille*, 1885.)

Voici l'analyse de ce travail telle qu'elle a été publiée en 1886 dans le *Journal des connaissances médicales*.

« L'auteur fait du syphilôme chancriforme (mot créé par Leloir pour désigner » certaines lésions survenant chez les syphilitiques, et simulant à s'y méprendre » le chancre infectant, (*Voir Leloir : Leçons sur la syphilis professées à l'hôpital*

» *Saint-Sauveur. — Progrès médical* 1885 *et vol. A. Delahaye et Lecrosnier, éditeurs,* » *Paris,* 1886) une étude très détaillée appuyée sur un grand nombre d'observations » recueillies à la clinique des maladies cutanées et syphiliques du professeur Leloir.

» Après avoir insisté après son maître sur le polymorphisme du syphilôme en » général, et proposé avec Leloir de diviser les syphilômes en syphilômes réso- » lutifs et en syphilômes non résolutifs, il fait une étnde historique détaillée des » lésions désignées par Leloir sous le nom de : *Syphilôme chancriforme* et qui » comprennent les indurations de récidive de Fournier et Hutchinson, le chancre » redux de Fournier, l'induration satellite. etc., — vient ensuite une excellente » étude clinique de ces syphilômes chancriformes. Il en fait cadrer l'évolution dans » celle qu'à décrite Leloir dans ses leçons sur la syphilis à propos du chancre » en général ; et montre que ces syphilômes chancriformes peuvent, comme le » chancre infectant, être résolutifs (*syphilôme érosif ou ulcéreux*) ; ou non résolutifs » (*syphilômes chancriformes ulcéreux par nécrose partielle ou totale du néoplasme et* » *même par nécrose totale du néoplasme avec nécrose légère des tissus ambiants*). Ces » syphilômes chancriformes peuvent se montrer à n'importe quelle période de la » syphilis ; on les voit appaître avant l'apparition des accidents secondaires, » dans le cours de ceux-ci ; ils peuvent se montrer dans les périodes les plus » tardives de la vérole. A quelque époque qu'ils se montrent ils simulent absolument » le chancre, d'où le nom de syphilôme chancriforme que leur donne Leloir. Ils » s'en distinguent : par ce fait que chez eux l'induration, le néoplasme, précédent » l'ulcération contrairement à ce qui se passe pour le chancre infectant ; par » l'absence d'adénopathie en général. — Chose curieuse, et sur laquelle a beau- » coup insisté le professeur Leloir dans ses leçons sur la syphilis ; l'apparition du » syphilôme chancriforme survenant au niveau ou immédiatement à côté du siège » de l'ancien chancre précède souvent l'explosion d'autres accidents syphilitiques ; » ce réveil local du virus annonce souvent une poussée nouvelle d'autres manifes- » tations syphilitiques. On conçoit donc qu'il faille toujours se méfier des syphilômes » chancriformes dans les prétendues syphilis doublées ; et avoir toujours présente » à l'esprit leur possibilité dans certaines prétendues syphilis malignes précoces.

» La connaissance précise de l'aspect et de l'évolution des syphilômes chancri- » formes est de la plus hante importance au point de vue de la pathologie » générale de la syphilis, comme l'a montré Leloir.

Sur deux caractères cliniques d'une grande utilité au point de vue du diagnostic entre le chancre infectant et l'herpès dans les cas difficiles. — Raisons anatomopathologiques de ces caractères différentiels. (*Journal des connaissances médicales*, 4 avril 1885).

J'ai proposé de donner à ces signes nouveaux le nom de « *Signes de l'expression du suc*. »

Voici l'analyse de ce travail telle qu'elle a été faite par M. Perrin dans les *Annales de dermatologie* (juillet 1885).

» M. Leloir montre que quand on presse un chancre entre les doigts, on ne fait
» sourdre à la surface que pas ou peu de liquide, et ce suintement, s'il existe, ne
» se reproduit qu'avec la plus grande difficulté. Dans l'herpès, au contraire, on fait
» sourdre, en pressant entre les doigts l'érosion, une goutte d'un liquide séreux,
» transparent, analogue à la sérosité de certains eczémas. Ce suintement aug-
» menté par la pression se reproduit un grand nombre de fois.

» *Ce phénomène peut être expliqué par des considérations anatomo-pathologiques*
» posées sur la structure respective des deux lésions. Dans l'herpès, par suite de
» l'hypérémie neuro-paralytique, il y a œdème hypérémique localisé et plus ou
» moins accentué du derme, parfois de l'hypoderme et dilatation vasculaire. Dans
» le chancre, au contraire, il n'y a pas de liquide d'œdème. C'est un syphilôme,
» un néoplasme dur, résistant, incompressible, accompagné parfois de sclérose du
» tissu conjonctif et de sclérose vasculaire. Cette induration peut être pressée
» entre les doigts, on ne peut la déformer. Dans l'herpès, s'il y a de l'induration
» simulant au premier abord celle du chancre, par une pression forte et prolongée
» on fait diffuser dans les tissus ambiants l'œdème localisé, on modèle, on
» déforme, on aplatit entre les doigts cette pseudo-induration ».

Sur le diagnostic différentiel entre le chancre infectant, le chancre simple (chancrelle), et l'herpès par l'examen histologique des produits de râclage. (*In leçons* sur la : Syphilis professées à l'hôpital Saint-Sauveur. — *Progrès médical*, 1885.

Ces signes nouveaux, auxquels je propose de donner le nom de : *Signes de râclage*, consistent en ceci :

Dans le chancre infectant comme *dans l'herpès* on trouve en examinant les produits de râclage de la surface du chancre, des cellules épithéliales altérées. *Dans le chancre simple*, au contraire, comme il y a ulcération et non exulcération, on trouve simplement dans les produits de râclage de la surface de la lésion, des débris dissociés du tissu conjonctif du derme, mais pas de cellules épithéliales altérées.

Lorsque le chancre infectant devient ulcéreux par nécrose partielle ou totale du néoplasme, il est évident que l'on trouvera alors, comme dans la chancrelle, du tissu conjonctif nécrosé, en examinant les produits de râclage.

Leçons sur la syphilis professées à l'hôpital Saint-Sauveur, (In-8° de 213 pages avec onze figures originales intercalées dans le texte. Paris, *A. Delahaye et Lecrosnier*, éditeurs, 1886.)

Voici en quels terme M. E. Vidal rend compte de ce livre, dans la présentation qu'il en a faite en mon nom, le 27 juillet 1886, à l'Académie de médecine de Paris :

« J'ai l'honneur de faire hommage à l'Académie, de la part de M. le docteur » Henri Leloir, professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la » Faculté de médecine de Lille, de ses *leçons sur la syphilis*, professées à l'hôpital » Saint-Sauveur. L'auteur a réuni en un volume les leçons cliniques dont il avait » publié une partie dans le *Progrès médical* (en 1885-86). C'est en quelque sorte, une » nouvelle édition revue, corrigée, augmentée, avec onze figures originales.

» Très au courant des progrès de la science dont les plus récentes acquisitions » sont très clairement exposées et résumées dans ces leçons, M. Leloir a su joindre » à son enseignement des faits cliniques et anatomiques nombreux et originaux. » On les trouve particulièrement dans la leçon sur le syphilôme et le virus syphili- » tique en général, dans la leçon sur les différents modes de contamination, leçon » tout particulièrement instructive par l'apport de faits cliniques nouveaux.

» Les leçons sur l'étude descriptive du chancre et de ses variétés, appuyées » sur une série d'études anatomo-pathologiques originales (avec figures histolo- » giques) expliquent les différences morphologiques du chancre (syphilôme » primaire de l'auteur) dans ses variétés et aux différentes périodes de son » évolution.

» Dans la leçon sur le diagnostic du chancre, l'auteur fait connaître deux » signes diagnostics nouveaux :

» 1° *Le signe de l'expression du suc*, dont l'exactitude a été vérifiée ultérieu- » rement par MM. Diday et Doyon, pour distinguer l'herpès avec œdème de » l'induration du chancre infectant ;

» 2° *Le signe du râclage*, dont l'utilité a été vérifiée par le docteur Balzer.

» Dans l'inépuisable champ de l'étude de la syphilis, après les belles recherches » de son maître M. Cornil, après les beaux travaux de M. Fournier, pour ne parler » que des plus récents, le savant professeur de la Faculté de Lille a trouvé des » faits anatomo-pathologiques et cliniques nouveaux et utiles à signaler. » —

Il m'est impossible de donner ici un résumé suffisamment succinct de ce volume. Je me bornerai à en reproduire la table des matière.

PREMIÈRE LEÇON

Leçon d'ouverture.

DEUXIÈME LEÇON

Sommaire. — *Introduction.* — *Programme.* — Nous suivrons pas à pas une particule du virus dans l'organisme en étudiant les modifications qu'elle y imprime. Enumération des chapitres à étudier : — I. Du virus syphilitique : sa nature, son siège, ses modes de transport (contamination). — II. Période de première incubation. — III. Apparition du premier accident, du premier syphilôme, le chancre. Etude du chancre et de la période dite primaire. — IV. Explosion de phénomènes multiples et disséminés succédant à la somnolence du virus pendant la période primaire. Période dite secondaire. — V. Période dite tertiaire ou des syphilômes non résolutifs. Tableau général de la syphilis comparé à un programme de spectacle. Ce spectacle peut être modifié dans certains cas.

Du syphilôme. — Valeur de ce mot. — Les syphilômes, histologiquement semblables à leur début, diffèrent entre eux par l'évolution de leurs éléments. Comment classer les syphilômes ? La classification chronologique n'est plus admissible complètement. Pourquoi ? D'une façon générale, et tout en tenant compte de la division de la syphilis en trois étapes, on doit diviser les syphilômes

en syphilômes résolutifs spontanément, et en syphilômes non résolutifs. Importance des lésions secondaires, inflammatoires simples et vasculaires.

A. Nature du virus. — Le virus syphilitique est un. — *Dualisme.* — Quelle est la nature intime du virus syphilitique? — Notre ignorance à cet égard — Comparaison du virus syphilitique avec le virus tuberculeux et le virus lépreux. — Discussion. — Existe-t-il dans le virus syphilitique un microbe spécial? — Recherches personnelles. — Inoculation de la syphilis aux animaux. — Valeur de ces expériences. — Recherches personnelles. — Conclusion.

TROISIÈME LEÇON

Sommaire. — Chapitre I. — Du virus syphilitique (suite). — B. Siège du virus syphilitique. — Ce virus existe: dans le chancre, dans les syphilides précoces, — les sypbilômes non résolutifs des périodes tardives sembleraient ne pas être inoculables. — Nécessité de nouvelles recherches à cet égard. — Le sang des sujets syphilitiques est virulent, dans les périodes précoces de la vérole tout au moins. Le virus syphilitique n'existe pas dans les sécrétions physiologiques normales et pures des sujets syphilitiques. Les liquides pathologiques, provenant de lésions non spécifiques développées sur un sujet syphilitique, ne sont pas virulentes, lorsqu'elles sont pures. Mais il faut redouter leur mélange avec le sang du sujet. Elles deviennent également virulentes quand il se montre sous la lésion non spécifique, un syphilôme par irritation.

C. Résistance du virus.

D. De la contamination. — Modes de transport du virus du sujet infectant au sujet infecté. — Importance de cette étude au point de vue de la prophylaxie de la vérole. — La vie en commun avec un sujet syphilitique virulent constitue un danger permanent. Mesures prophylactiques que pourraient prendre le Gouvernement, les municipalitités, les administrations hospitalières. — Réglement de police à Bergen (Norwège). — De l'isolement des syphilitiques dans les hôpitaux. — Mesures à prendre à l'égard des filles publiques.

1° *De la contamination directe ou immédiate.*

a. Rapports vénériens. — Étiologie psychologique bizarre de certains rapports anormaux. — (Exemple): Attentats à la pudeur. — Un préjugé idiot. — *b.* Baisers. — Observation curieuse de chancre infectant du pied, consécutif à des baisers

excentriques. — *c.* Morsures. — *d.* Succions. — *e.* Insufflation de bouche à bouche. — *f.* Allaitement ; cause puissante de contamination des nourrices et nourrissons. — Du sein, dit banal. — Les nourrices et nourrissons peuvent être infectés autrement que par le sein dans l'allaitement. — (Exemple.) La syphilis des nourrices et des nourrissons peut s'étendre à leur entourage. — Insouciance de certaines nourrices. — Egoïsme criminel de certains parents, fondé sur un préjugé absurde. (Exemple.) Un problème de clientèle difficile. — Conclusions : A nourrisson syphilitique il faut nourrice syphilitique et réciproquement. — Loi de Colles. — Allaitement maternel. — Allaitement par une nourrice syphilitique. — Allaitement par les animaux.

QUATRIÈME LEÇON

Sommaire. — I. Du virus syphilitique. — II. Modes de transport du virus. — Contamination (suite et fin).

1° *De la contamination directe* (suite et fin.)

g. Contamination du sein par des succions lascives (nourrisson adulte de Ricord) — Contamination par la succion du mamelon pour dégorger les seins ou faire les bouts des seins. — Epidémie de Condé. — Nouvelle et toute récente épidémie de Tourcoing. — *h.* Succion dans la circoncision. — *i.* Contacts quelconques. — Syphilis des médecins et sages-femmes. — Attouchements divers. — *j.* Des « *postillons* » comme cause de contamination.

2° *De la contamination indirecte ou médiate. — Son importance.* — Elle peut être la cause de véritables pseudo-épidémies. — Elle peut se faire par des intermédiaires inanimés (objets quelconques), ou des intermédiaires animés (vivants). — *a. Contamination par des intermédiaires inanimés :* Vêtements. — Observation curieuse de contamination par un gant souillé de virus à la face externe, au porteur de ce gant. — Latrines ; Bassins des hôpitaux. — Danger qu'il y a pour les malades non syphilitiques à marcher pieds nus dans les salles où se trouvent des syphilitiques — Linges — Du débarbouillage de la face avec un mouchoir enduit de salive, cause trop peu connue de chancres céphaliques. — Observations ; objets de toilette, éponges, brosse à dents. Un cas de contamination, salle Saint-Côme, par une canule vaginale. — Objets de bureau, coupe-papier, crayons, porte-plumes, etc. — Observation de contamination par un morceau de

colle à bouche. — Ustensiles de ménage. — Biberons. — De la (suçotte), comme agent probable de contamination. — Jouets d'enfants. — Dragées. — Observation de contamination d'un enfant au moyen d'une pastille cassée en deux entre les dents du sujet infectant. Ustensiles de fumeurs. Sypbilis des verriers. — Opérations et instruments de chirurgie : rasoirs. Transplantation des dents. — Observation de contamination dans le plombage d'une dent. — Tatouage. — Spéculums, abaisse-langues, etc. — Cas de contamination par un crayon de nitrate d'argent. — Ventouses scarifiées. — Greffe épidermique. — Cathétérisme de la trompe d'Eustache. — Vaccination. — *b. Contamination par un intermédiaire animé:* L'intermédiaire animé peut être : Le sujet contaminé lui-même (exemple). — Le sujet contaminant (exemple). Le plus souvent c'est par l'intermédiaire d'un tiers que se fait la contamination (exemples). On a même incriminé les parasites animaux. — Jusqu'ici on ne peut reconnaître les parasites animaux que comme ouvrant une porte d'entrée au virus. — Cas de Lailler. — Conclusions. — Remarque sur la syphilis transmise dans un but de chantage ou de vengeance.

CINQUIÈME LEÇON

Sommaire. — Chapitre I. — Du virus syphilitique (suite). — A. Inoculation. — Il faut, pour qu'il y ait contamination, que le virus syphilitique trouve une porte d'entrée, un *foramen contagiosum.* — Nécessité de l'effraction épidermique dans la syphilis acquise ou mieux par inoculation ; contrairement à ce qui se passe pour la syphilis par conception ou pour la syphilis héréditaire. — Conséquences pratiques et cliniques découlant de la nécessité de cette effraction épidermique : les régions où le chancre se montre le plus souvent sont celles qui se déchirent le plus facilement. — Chancres multiples (exemples). — Un sujet peut être littéralement enduit de virus syphilitique et ne contracter qu'un seul chancre, là où existait une porte d'entrée préexistante. (Exemple.) — Chancres syphilitiques situés sur les parties les plus diverses du corps. (Exemple.) — Rareté des chancres du vagin, etc. — L'absorption du virus est des plus rapides. — Peut-on empêcher l'infection générale en détruisant de suite, *largâ manu*, les tissus contaminés ?

Chapitre II. — Le virus inoculé demeure latent pendant un certain temps. — B. — Période de première incubation. — Absence de réaction locale apparente à l'œil nu ou tout ou moins pendant un temps assez long, au niveau du point inoculé. —

Période de latence du virus ou de première incubation. — Cette période d'incubation a une durée longue. — Détermination précise de cette durée fondée sur l'expérimentation et la clinique. Durée moyenne; durées exceptionnelles. — On ne sait rien de précis sur les conditions qui modifient la durée de la période d'incubation. — Importance de la période d'incubation au point de vue théorique : dualisme. — Le chancre est-il le premier symptôme de l'infection générale, ou non? — Au point de vue pratique : importance diagnostique, pronostique, médico-légale, sociale, etc.

Conclusions. — Nous ne savons rien sur l'état local ou général de l'organisme pendant la période dite de première incubation. Est-ce à dire qu'il ne se produit pas au niveau du point inoculé de phénomènes histologiques, histochimiques quelconques? Est-ce à dire que le microbe de la vérole, s'il y en a un, ne se multiplie pas au niveau du point inoculé pendant cette période d'incubation? Herpès prémonitoire de Cusco. Un sujet sain inoculé avec du virus syphilitique aura-t-il fatalement la vérole si l'inoculation est bien faite?

SIXIÈME LEÇON.

Sommaire. — Chapitre III. — Du chancre syphilitique. — Définition. — Le mot chancre est un mauvais mot. Pourquoi? Comment le remplacer? Par le mot sclérose initiale? Je préfère simplement dire que c'est le « premier des syphilômes. » — Le chancre n'existe pas dans la syphilis par conception et dans la syphilis héréditaire. — On pourrait donner à ces syphilis le nom de syphilis par absorption ou injection directe du virus dans le sang; par opposition avec les syphilis par « inoculation tégumentaire, » expression préférable à celle de la syphilis acquise. — Siège du chancre. — Le chancre peut exister en n'importe quel point du tégument externe ou interne accessible à notre investigation, partout où peut se faire l'inoculation.

Nombre. — Description anatomique du chancre. — Sa structure. — Etude anatomique du chancre typique. Description générale, schemas. — *A.* — Structure du syphilôme (induration); c'est une tumeur composée de cellules embryonnaires. — Altération des cellules plates du tissu conjonctif; elles ne sont pas caractéristiques. — La sclérose vasculaire n'est ni constante, ni caractéristique. — La sclérose du tissu conjonctif n'est ni constante, ni caractéristique. En somme, l'histologie du premier syphilôme ne diffère pas, actuellement, d'une façon essentielle, de celle des autres syphilômes examinés à des périodes correspondantes de leur évolution.

— Comparaison avec les papules, les gommes, etc. — B. Lésions épidermiques de la surface du chancre. — Importance de leur étude. — *a*. Lésions de l'épiderme sur les bords du chancre ; hypertrophie, hyperkératinisation. — *b*. Lésions de l'épiderme au niveau de l'érosion chancreuse : désagrégation moléculaire, nécrose de coagulation, plus fréquemment « altération cavitaire. » Importance de l'altération que j'ai décrite sous le nom « d'altération cavitaire. » Elle explique les différents aspects cliniques que peut prendre le chancre : chancre ecthymateux, chancre diphthéroïde, chancre rouge, chancre en cocarde, etc. Ces lésions épidermiques sont en partie secondaires à l'action locale du virus.

SEPTIÈME LEÇON

Sommaire. — Chapitre III. — Du syphilôme primaire (*chancre syphilitique*.) (suite.) *Description clinique du chancre.* — A. Chancre au début. — On le voit très rarement à cette époque. Pourquoi ? C'est une lésion insignifiante. Observation d'un chancre syphilitique étudié douze heures après son apparition ; excision du chancre. — B. Chancre à sa période d'état : 1° Etude de l'érosion chancreuse. — *a*. Etendue. — Etendue ordinaire. — Etendue anormale en grand (chancres géants) ; en petit (chancres nains)..— Chancre herpétiforme de Dubuc. — *b*. Forme. — Contours. — Le chancre syphilitique n'a pas de bords. — *c*. Fond. — Plat. — Creux. — Bombé. — Exceptionnellement ulcération. — *d*. Couleur. Chancre gris ou diphtéroïde ; son anatomie, son aspect — Parfois piqueté hémorrhagique du fond du chancre. Raison anatomique du fait. — *e*. Secrétion du chancre. — Très peu abondante, claire, transparente. Distinction pratique entre la sécrétion du chancre et celle de l'herpès érodé chancriforme ou non. — Examen histologique de la sérosité du chancre. — 2° Etude du syphilôme, du néoplasme chancreux (Induration). — *a*. Sa fréquence. – Elle peut échapper. — On retrouve le syphilôme quand on pratique l'examen histologique, dans les cas où l'induration fait cliniquement défaut. (Exemple). — *b*. Siège de l'induration. Moyen de la percevoir. — *c*. Variétés de l'induration : lamelleuse (foliacée, papyracée, parcheminée) ; noueuse ; annulaire. Raisons anatomiques de ces variétés. — *d*. On ne peut déterminer d'une façon précise les conditions qui font varier l'intensité de l'induration. Opinions diverses émises à cet égard (siège anatomique, nature du virus, etc.). 3° Troubles fonctionnels, presque nuls. — Le chancre est indolent ; il est

aphlegmatique. Le chancre ne devient douloureux et enflammé que par une cause surajoutée (irritation, etc.). Troubles fonctionnels dépendant du siège spécial du chancre.

HUITIÈME LEÇON

Sommaire. — Formes variables du chancre syphilitique. (Variétés). — 1° Variétés d'origine épithéliale. Deux types principaux, suivant que le chancre siège sur un tégument kératinisé ou non ; suivant qu'il existe une couche cornée vraie à la surface des altérations épithéliales du chancre, ou non.

Pour bien comprendre ces variétés il nous faut partir du chancre de la peau. Chancre cutané. — A. Chancre pustuleux ou ecthymateux. — Son aspect clinique. Son anatomie pathologique. Processus de vésico-pustulation ; formation d'un réticulum épidermique par altération cavitaire. — *a.* Comparaison clinique et anatomique du chancre diphthéroïde des muqueuses avec le chancre pustuleux. — Le chancre diphthéroïde des muqueuses = le chancre pustuleux de la peau. Le chancre diphthéroïde des muqueuses moins sa fausse membrane = le chancre ecthymateux de la peau dépouillé de sa croûte = dans les deux cas l'érosion chancreuse rouge.

B. — Chancre papulo-desquamatif. — Son aspect clinique, son anatomie pathologique. — Les lésions épithéliales de ce chancre sont des lésions de *desquamation* et non de vésico-pustulation. — *b.* Comparaison du chancre papulo-desquamatif sec de la peau avec certaines variétés de chancres érosifs rouges des muqueuses. Le chancre papuleux sec ou desquamatif de la peau = le chancre rouge primitif ou desquamatif des muqueuses. — Dans certaines circonstances, le chancre de la peau peut prendre l'aspect du chancre des muqueuses, et réciproquement. (Exemple.) Raisons anatomo-pathologiques. — Les propositions précédentes ne sont pas applicables seulement au chancre ; mais aux diverses variétés de syphilides et à toutes les lésions élémentaires de la peau, spécifiques ou non.

2° Variétés d'origine néoplasique. A. Grosses indurations. B Le syphilôme primaire peut devenir non résolutif ; le chancre peut devenir ulcéreux : *a.* Ulcération par nécrose partielle du syphilôme — aspect clinique — anatomie pathologique *b.* Ulcération par nécrose totale du syphilôme primaire. *c.* Ulcération par nécrose totale du syphilôme primaire avec nécrose partielle des tissus ambiants. Donc,

dans certains cas, le syphilôme primaire peut ne pas être résolutif. Importance du fait au point de vue de la pathologie générale de la syphilis.

Evolution du chancre. — Durée. — Cicatrisation. — 1° Durée du chancre. — Durée générale. — Distinction. — A. Durée de l'érosion chancreuse. — Variétés de durée. B. Durée de l'induration — Variétés. 2° De la cicatrisation du chancre. — De la cicatrice. — Fréquence de la cicatrice. Opinions contradictoires des auteurs à cet égard. Nécessité de recherches nouvelles. Distinction à établir. Causes d'erreur à éviter. On peut résumer de la façon suivante la question de la cicatrice du chancre : *a*. La cicatrice peut manquer. — *b*. La cicatrice peut être accentuée. — Variétés. — *d*. La cicatrice peut être saillante, kéloïdienne. — Variétés. Anatomie pathologique. — Processus de réinduration ou de congestion au niveau de la cicatrice. — Cas cliniques curieux de poussées successives de congestion au niveau de la cicatrice.

NEUVIÈME LEÇON

Sommaire. — Chapitre III. Du syphilôme primaire (*chancre syphilitique* (suite.) — Les complications du chancre sont rares en somme. Moins fréquentes chez la femme que chez l'homme. *Inflammation* : légère, compliquée de phimosis ; lymphangitique, érysipélateuse, phlegmoneuse. Œdème mou. — Œdème dur : ses complications, son traitement. *Gangrène. — Phagédénisme.* — Il est rare. Il peut être cause d'erreurs de diagnostic. — Parallèle du phagédénisme du chancre simple avec celui du chancre infectant. — Cicatrices consécutives. — *Catarrhe érosif* ou non des muqueuses. — *Eczéma. — Herpès. — Folliculites. — Troubles fonctionnels* dépendant du siége du chancre. — *Ulcérations post-cicatricielles.* Récidives du chancre. — *Chancre redux.* Le chancre redux (de la période dite primaire) peut être un syphilôme résolutif ou non. Il simule absolument le chancre. — Description, importance. — *Indurations secondaires ou de voisinage*, par propagation ou à distance. Leur description, elle peuvent être résolutives ou non. Elle peuvent simuler le chancre. Leur nature. Comparaison des chancres redux, des indurations secondaires, avec le *pseudo-chancre induré des sujets syphilitiques.* Ces différentes lésions (chancre redux, indurations secondaires, pseudo chancre induré) seraient parfaitement réunies sous le titre « *Syphilômes chancriformes.* » Avantage de cette dénomination. — *Considérations générales* sur les *syphilômes chancriformes* au point de

vue de leur évolution, de leur aspect, de leur nature, etc, etc. Ils peuvent se montrer tôt ou tard, être non résolutifs ou résolutifs. L'apparition des syphilômes chancriformes des périodes tardives semble annoncer parfois un réveil de la diathèse. (Exemples.) Importance de la connaissance des syphilômes chancriformes au point de vue de la pathologie générale de la syphilis. — *Du chancre mixte.* Ses variétés.

DIXIÈME LEÇON

Sommaire. — *Chapitre III.* — *Du syphilôme primaire* (*chancre syphilitique* (suite). — *Diagnostic du chancre.* — (Leçon faite le 13 mars 1885). — *Diagnostic du chancre.* — A. Il faut chercher, il faut savoir trouver le chancre. — Deux cas à distinguer : *a.* Le chancre peut échapper par suite de sa situation même. (Exemples.) — *b.* Le chancre une fois vu, il faut le reconnaître, le diagnostiquer, et le distinguer d'autres lésions avec lesquelles il pourrait être confondu. — Le chancre peut être vu et ne pas être diagnostiqué. Cela tient à son polymorphisme. — Deux cas à distinguer : *a.* Ou bien c'est par suite de l'insignifiance des lésions qui constituent le chancre que le diagnostic peut être rendu difficile. (Exemples.) *b.* Ou bien c'est par les caractères excessifs des lésions qui constituent le chancre (Erosion ou ulcération, néoplasme), que le chancre peut induire le clinicien en erreur : (Exemples.) Conclusion : Il faut chercher le chancre partout et se méfier toujours.— *c.* Il ne faut pas prendre pour un chancre une lésion différente. (Ce paragraphe est la réciproque et le complément du paragraphe précédent). — *a.* Diagnostic du chancre avec : un syphilôme quelconque. Une plaie quelconque indurée artificiellement. Un orifice induré d'abcès. — Ulcérations tuberculeuses, arsénicales. — Certaines affections furonculeuses ou anthracoïdes. — Les périfolliculites conglomérées en placard. — Certaines folliculites des organes génitaux. — Certaines diabétides génitales. Chancre acarien. Vulvite érosive : — (Exemples divers.) — *b.* Diagnostic du chancre syphilitique avec la chancrelle. Différences cliniques. — Différences anatomo-pathologiques. — Examen comparatif des produits de râclage de la surface des deux chancres. (Importance diagnostique de cet examen histologique «*Signe du râclage*». Du chancre simple papuleux. (Exemple.) — Importance de la connaissance de cette variété de chancrelle. Quelques mots sur l'inoculation du chancre simple et du chancre syphilitique. Causes d'erreur possible. Faux chancres

d'inoculation au porteur de chancre syphilitique; chancroïdes; nature de ces lésions. — Comment interpréter ces faits bizarres? Discussion. — *c*. Diagnostic du chancre syphilitique avec l'herpès. — Tableau des caractères cliniques différentiels. Signes nouveaux et d'une grande utilité pratique à ajouter aux signes précédents : « *Signes de l'expression du suc* ». — Raisons anatomo-pathologiques de ces signes. — Conclusion.

ONZIÈME LEÇON

Sommaire. — Les lymphatiques à la période du syphilôme primaire. (Adénopathies, lymphangites primaires. — *Marche du virus syphilitique. Racines du chancre.*

A. Des adénopathies primaires. — Fréquence; date d'apparition; siège; nombre; volume; consistance; indolence; aphlegmasie; adénopathies anormales dans leur aspect et leur évolution. (Exemples.) Où s'arrête l'adénopathie primaire? Envahissement successif et de proche en proche des ganglions. (Exemples.) — Persistance de l'adénopathie. — Importance diagnostique de l'adénopathie: lorsque le chancre existe encore, lorsque le chancre a disparu. (Exemples.)

B. Des lymphangites primaires. — Fréquence; siège; caractères cliniques. — Sont-elles spéciales aux chancres des organes génitaux? — Lymphangites des gros vaisseaux lymphatiques. — Lymphangites réticulaires. — Œdème lymphangitique. — Ces lymphangites sont presque toujours aphlegmasiques. — Comparaison clinique et anatomo-pathologique entre les lésions des lymphatiques à la période du syphilôme primaire et les lésions des lymphatiques aux périodes ultérieures de la syphilis. (Exemples.)

C. Marche du virus syphilitique. — Comparaison entre la marche du virus syphilitique et la marche du virus tuberculeux dans les expériences d'inoculation. — Le syphilôme primaire est-il un accident local, un foyer virulent où s'élabore le virus ou non? — *Racines du chancre:* Lymphatiques, vasculaires sanguines; conjonctives. L'organisme est-il infecté d'une façon générale dans les premiers jours de l'apparition du syphilôme primaire. — Discussion.

DOUZIÈME LEÇON

Sommaire. — Etat général de l'organisme pendant la période du syphilôme primaire. — L'organisme est-il infecté tout entier à cette période ou non? Période

dite de deuxième incubation. Sa durée. — Cette durée peut-elle être modifiée dans certaines conditions ? Dans quelles conditions ? (Exemple.) — Importance pratique de la connaissance de cette période de deuxième incubation.

Pronostic du chancre. — I. Au point de vue local. — II. Au point de vue général.

A. *Pronostic tiré de l'aspect mauvais du chancre.* — Sa valeur, syphilis graves précédées d'un syphilôme primaire ulcéreux. (Exemples.) — Discussion. — Etiologie des syphilis graves et des syphilis malignes précoces. — Pronostic immédiat. — Pronostic d'avenir. — (Exemples.) — Discussion. — Conclusions générales.

TREIZIÈME LEÇON

Traitement de la syphilis à la période du syphilôme primaire.

Sommaire. — De la destruction du chancre comme moyen abortif de la syphilis. — Traitement local et médical du chancre. — Traitement général.

Pour terminer, voici d'ailleurs comment M. E. Besnier apprécie cet ouvrage dans l'analyse qu'il en a faite en 1886 dans les *Annales de dermatologie*, page 574.

« En ce qui concerne la syphilis, dont l'extension dans la population et dans la » famille est continue et progressive, rien ne pouvait être mieux approprié au but » d'urgence à remplir, que les belles leçons que M. Henri Leloir vient de réunir » en un volume.

» Pour rendre, dit-il dans son avant-propos, plus saisissante l'étude de la » contamination syphilitique, de la marche du virus dans l'organisme, des » réactions que ce virus détermine dans nos tissus, j'ai suivi pas à pas l'évolution » d'une parcelle de virus syphilitique déposée en un point du tégument.

» J'ai eu soin, dans cette étude de laisser de côté les discussions stériles, et de » ne m'appuyer que sur des faits précis et minutieusement observés. Ce sont, en » effet, des leçons cliniques que je voulais faire et non un traité théorique.

» Mais comme la véritable clinique ne peut exister sans l'anatomie patholo- » gique ; comme en dermato-syphiligraphie, plus peut-être que partout ailleurs, le » clinicien doit s'attacher à penser anatomiquement, j'ai donné à l'anatomie- » pathologique une part suffisante dans ces leçons. J'espère avoir pu ainsi élaguer » bien des choses inutiles, et gagner du temps en faisant mieux saisir ma pensée.»

» Nous n'avons, ajoute M. Besnier, qu'à approuver ce programme, et le

» lecteur se convaincra aisément à son profit, qu'il soit élève ou praticien, que » l'auteur a largement rempli sa promesse. Le succès de ce livre n'est pas » douteux. »

Que savons-nous sur les causes de la gravité de la syphilis? — Des syphilis bénignes, des syphilis intenses, des syphilis graves. — Syphilis malignes et syphilis malignes précoces.

Ces leçons, professées en 1884-1885, à l'hôpital Saint-Sauveur au sujet des malades de ma clinique, ont été publiées en partie dans le *Progrès médical* 1886, pages 281 et suivantes ; elles sont également reproduites en partie dans mon livre intitulé : *Leçons sur la syphilis*, Paris, *A. Delahaye et Lecrosnier*, 1886, pages 177 et suivantes.

Syphilis et paludisme.

Ces leçons, professées en 1885, à l'hôpital Saint-Sauveur, ont été publiées en partie dans le *Progrès médical* de 1886, pages 285 et suivantes, et sont également reproduites en partie dans mon livre intitulé : *Leçons sur la syphilis* (loc. cit.)

Dans ces leçons faites à propos de plusieurs malades de ma clinique, j'insiste tout particulièrement sur le rôle important que joue l'intoxication paludéenne chronique dans l'étiologie de certaines syphilis malignes. — Je montre, après MM. A. Fournier et Verneuil, qu'il est très probable que l'intoxication paludéenne chronique est une cause d'aggravation de la syphilis.

Syphilis et scrofulo-tuberculose.

(*Observations de syphilis développées chez des sujets scrofulo-tuberculeux.*)

Ces observations recueillies par moi dans le service de mon maître, M. A. Fournier, à Saint-Louis, ont été publiées dans la *Thèse de M. Ramonat : La Syphilis chez les scrofuleux,* Paris 1883.

Syphilis et scrofulo-tuberculose.

(*Cliniques professées en* 1885 *à la Faculté de médecine de Lille, à propos de malades de ma clinique.*)

La syphilis, chez les scrofulo-tuberculeux, se trouve souvent modifiée dans ses manifestations; chez ces malades, la syphilis a une tendance marquée à la

suppuration ; il se produit parfois des lésions hybrides (Verneuil) tenant à la fois de la syphilis et de la scrofulo-tuberculose. — Ces lésions hybrides sont surtout intéressantes au niveau des ganglions lymphatiques. Etude des adénopathies suppurées des syphilitiques. — Celles-ci peuvent être inflammatoires simples ; ou syphilitiques pures (gommes ganglionnaires suppurées, écrouelles syphilitiques de A. Fournier) ; ou tuberculeuses pures ; ou mixtes, c'est-à-dire syphilitiques et tuberculeuses (ces dernières correspondraient au scrofulate de vérole de Ricord.)

Cancer et syphilis.

(*Observations de cancers développés chez des sujets syphilitiques.*)

Ces observations recueillies par moi dans le service de M. A. Fournier ont été publiées dans la *Thèse de M. Ozenne : Du Cancer chez les syphilitiques*, Paris 1884.)

Cancer et syphilis.

(*Clinique faite en* 1886, *à la Faculté de médecine de Lille.*)

J'insiste en m'appuyant sur l'examen histologique d'un cas de glossite scléro-gommeuse et cancéreuse et l'observation d'un de mes malades sur la nécessité qu'il y a à connaître ces hybrides : cancéro-scléreux, cancéro-gommeux, cancéro-scléro-gommeux (Verneuil, — Fournier, — Ozenne.)

Alcoolisme et syphilis.

(*Leçons professées en* 1887, *à l'hôpital Saint-Sauveur, à propos de malades de ma clinique.*)

Ces faits montrent l'influence de l'alcoolisme (si fréquente dans notre région du Nord), dans la production des syphilis intenses et graves. — Ils confirment l'opinion de MM. A. Fournier, Hardy et Barthélémy.

Observations de typhose syphilitique.

M. A. Fournier a montré que les phénomènes généraux de la période secondaire de la syphilis peuvent parfois se présenter sous un aspect qui rappelle celui de la dothiénenterie. — Ce sont des observations analogues de « Typhose syphilitique » (A. Fournier), que j'ai publiées dans la *Thèse de M. Keromnès*, intitulée : *Etude*

descriptive et clinique de quelques éruptions dans le cours de la Fièvre typhoïde, Paris, 1881, pages 64 à 68. — Dans ces observations, recueillies par moi dans le service de M. Raynaud, les symptômes présentés par les malades simulaient à s'y méprendre ceux de la fièvre typhoïde.

SYPHILIS OSSEUSE ET ARTICULAIRE

Anatomie pathologique des ostéïtes et des arthrites syphilitiques.

L'examen histologique des os et articulations d'un sujet syphilitique, atteint de lésions osseuses et articulaires multiples, mort dans le service de M. A. Fournier à l'hôpital Saint-Louis, m'a conduit aux résultats suivants que je résume ici brièvement, résultats corroborés par l'étude de nombreux os syphilitiques que j'avais examinés antérieurement.

Les lésions osseuses de la syphilis peuvent être ramenées à l'ostéïte raréfiante, laquelle aboutit, selon l'évolution et la transformation ultérieure des cellules embryonnaires à :

L'ostéïte raréfiante simple (ulcère de l'os) ;
L'ostéïte condensante (hypérostoses, éburnation) ;
L'ostéïte gommeuse (gomme diffuse ou en foyer) ;
L'ostéïte scléreuse ou scléro-gommeuse.

Les détails histologiques de ces recherches ont été publiés dans la *Thèse de M. Méricamp : Contribution à l'étude des Arthropathies syphilitiques tertiaires*, pages 55 à 59, Paris, 1882 ; et dans la *Thèse d'agrégation de M. Dubar : Anatomie pathologique des Ostéïtes*, Paris 1883.

Les figures 1, 2. 3, 4 des planches III et IV de la thèse de M. Dubar, dessinées d'après mes préparations histologiques et sous ma direction, montrent bien ce polymorphisme des lésions osseuses syphilitiques.

Des fractures dites spontanées des os longs chez les sujets syphilitiques.

Ces leçons professées en 1885 à l'hôpital Saint-Sauveur, à propos d'une malade de ma clinique (qui s'était fracturé l'humérus atteint d'hypérostose, en soulevant son oreiller), ont été reproduites en partie dans la thèse d'un de mes élèves, *M. Edouard Prévost : Contribution à l'étude de la syphilis osseuse. — Fractures spontanées des os longs chez les syphilitiques*. (*Thèse de Lille*, 1886.)

Voici d'ailleurs l'analyse de ce travail, fait sous ma direction, telle qu'elle a été publiée par M. Perrin dans les *Annales de dermatologie* de 1886, pages 486 et suivantes :

« Le but du travail de M. A.-E. Prévost est de montrer quelle est l'influence de » la syphilis dans la production des fractures spontanées ; d'expliquer suivant quel » mode s'exerce cette influence. Il soutient l'influence exclusive des lésions » locales de la syphilis osseuse, et démontre, en s'appuyant sur des preuves » anatomo-pathologiques et histologiques, que la syphilis agit en déterminant en » un point donné des lésions qui diminuent à ce niveau la résistance de l'os.

» C'est donc une étude anatomo-pathologique que M. Prévost a faite d'après les » conseils et sous l'inspiration du professeur Leloir. Il s'appuie sur le remarquable » examen histologique que M. Leloir a pratiqué en 1882 dans un cas d'arthropathies » syphilitiques multiples, survenues chez une femme qui a succombé à Saint-Louis, » dans le service de M. le professeur Fournier. Cette observation très complète » au point de vue des différentes formes d'altérations osseuses dans la syphilis, a » servi, en 1882, de point de départ à la thèse de M. Méricamp sur les arthropathies » syphilitiques tertiaires. L'examen histologique, fait par M. Leloir, qui suit cette » intéressante observation, se retrouve dans la thèse d'agrégation de M. Dubar » (1883) ; il est accompagné de deux belles planches chromo-lithographiées (fig. 1, » 2, 3, 4 des planches III et IV) permettant de comprendre les lésions de l'ostéite » gommeuse diffuse syphilitique.

» En possession de ce précieux examen anatomo-pathologique et histologique, » se basant sur cette preuve aussi rare qu'indéniable, M. Prévost a pu montrer » l'influence des lésions locales de la syphilis osseuse, étudier les faits où les os se » rompent spontanément lorsque les tissus qui les entourent (derme, hypoderme, » muscles) ne sont pas altérés.

» Pour prouver d'abord que la syphilis prédispose aux fractures spontanées, » l'auteur n'a eu qu'à rappeler les observations nombreuses, connues, auxquelles » il ajoute un cas personnel recueilli dans le service du professeur Leloir, à Lille. » Quant au nom spontané, inutile de le discuter, il est à conserver, car il a cela de » bon qu'il met immédiatement en relief la prédominance de la cause prédisposante » sur la cause efficiente.

» Etant admis qu'un sujet syphilitique est dans certains cas prédisposé aux

» fractures, M. Prévost étudie par quel procédé la syphilis arrive à causer les
» solutions de continuité des os.

» Quelques auteurs, pour expliquer la fragilité des os chez les syphilitiques, » ont mis le mercure en cause ; mais c'est là une assertion générale des antimer- » curialistes, bien rares aujourd'hui, et dont on a fait d'ailleurs justice.

» Donc la syphilis agit par elle-même comme cause prédisposante des fractures; » mais comment? Est-ce en tant que maladie générale causant une sorte d'ostéo- » malacie mal déterminée, ou bien en produisant des lésions locales qui affaiblis- » sent individuellement un os au niveau du point où elles se manifestent? La rareté » des autopsies fait comprendre la divergence des opinions sur la nature de l'action » qu'exerce la vérole, les altérations qu'elle occasionne n'ayant pas été constatées » dans la plupart des cas.

» Cliniquement, l'existence de ces lésions au point fracturé ont été souvent » mentionnées dans les observations ; on constate, en effet, en cet endroit, soit la » présence d'une exostose, soit des douleurs plus ou moins tenaces, plus ou moins » invétérées.

» Mais c'est l'anatomie pathologique qui jette le plus de jour dans la question ; » les principaux travaux qui montrent la pathogénie de ces fractures sont dus à » M. Lancereaux, à Volkmann, à M. Cornil, à Méricamp, au professeur Leloir et » en dernier lieu à M. Gangolphe.

» Volkmann rattache les frais de fragilité des os chez les syphilitiques à des » lésions d'ostéite gommeuse ; telles sont également les idées de Ricord, Lance- » reaux et Bourell. Virchow parle de l'ostéo-myelite syphilitique ; M. Cornil dis- » tingue trois sortes de lésions osseuses syphilitiques : ostéo-periostite, ostéite » raréfiante, ostéo-myelite raréfiante intense ou ostéo-périostite gommeuse. » M. Prévost résume les travaux de Méricamp, de M. Leloir, et il en rapproche » les découvertes faites à Lyon par M. Gangolphe. Méricamp a démontré que » l'hypothèse d'une affection osseuse générale est à rejeter, parce que chez la » femme, dont il a pu faire l'autopsie, plusieurs os entiers étaient absolument » intacts. M. Leloir, interprétant les faits qu'il a constatés histologiquement, con- » clut que la syphilis produit des lésions osseuses dont l'origine peut être ramenée » à l'ostéite raréfiante, laquelle a abouti, selon l'évolution et la transformation » ultérieure des cellules embryonnaires qui en sont le résultat, à : l'ostéite raré-

» fiante simple (ulcère de l'os), à l'ostéite condensante (éburnation), à l'ostéite
» gommeuse (gomme diffuse ou en foyer), à l'ostéite scléreuse (scléro-gomme).....

» Les fractures ont lieu quand les malades sont porteurs de syphilômes non
» résolutifs. La présence du syphilôme dans le foyer de la fracture empêche la
» consolidation des fragments : indirectement, en frappant d'anémie, de cachexie
» l'économie tout entière ; directement, parce que le tissu embryonnaire de nou-
» velle formation ne donne pas un cal osseux, mais qu'il se forme au contraire des
» produits morbides caséeux, graisseux, fibreux, altération qui conduit à la pseudo-
» darthrose. — Aussi le traitement doit-il être non-seulement local (immobilisation
» prolongée), mais général (préparations hydrargyriques et iodure de potassium.) »

Considérations sur les fractures dites spontanées des syphilitiques.

Cette leçon clinique a été professée en 1886 à l'hôpital Saint-Sauveur, à propos d'une malade de mon service, atteinte de fracture spontanée de l'humerus survenue à la suite d'un effort minuscule (en soulevant un oreiller), et dont j'ai publié l'observation dans la *thèse de M. Prévost* (loc. cit.). La fracture de cette malade, fracture survenue au niveau d'une hypérostose fusiforme de l'humerus se consolida rapidement sous l'influence de l'immobilisation et d'un traitement syphilitique énergique, destiné à empêcher, selon moi, ce que j'appelle « l'évolution atypique des cellules embryonnaires développées au niveau du cal » Cette femme mourut plus tard d'une variole hémorrhagique et l'autopsie permit de constater, outre des vestiges d'anciennes hypérostoses au niveau de différents os, la consolidation absolue avec cal parfait de la fracture spontanée de l'humerus.

Cette leçon a été publiée en partie dans le travail d'un de mes élèves, M. Tavernier : *Des fractures dites spontanées chez les syphilitiques. Annales de dermatologie*, 1887. — Avec deux planches représentant les lésions osseuses observées chez le sujet de mon service.

AFFECTIONS SYPHILITIQUES DU SYSTÈME NERVEUX

Deux cas de monoplégies brachiales d'origine syphilitique. — Dans un cas, gomme au niveau de la partie supérieure de la circonvolution frontale ascendante du côté opposé à la paralysie. (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 28 décembre 1878, et *Bulletins de la Société anatomique*, 24 janvier 1879.) — Avec une figure.

Il s'agit de deux malades que j'ai observés dans le service de M. Vulpian. — Dans le premier cas, une monoplégie absolument localisée au membre supérieur gauche, monoplégie précédée et accompagnée de douleurs vives au niveau de la région fronto-pariétale droite, fut guérie par le traitement anti-syphilitique.

Dans le deuxième cas, en pratiquant l'autopsie d'un sujet syphilitique depuis quinze ans, et atteint d'une monoplégie ancienne, absolument localisée au membre supérieur droit, j'ai trouvé une plaque de méningite gommeuse, adhérente à la subtance cérébrale, du diamètre d'une pièce de cinquante centimes au niveau de la partie supérieure de la circonvolution frontale ascendante du côté gauche. La lésion siégeait donc au niveau, mais un peu au-dessus du point signalé par MM. Charcot et Pitres comme le centre cortical des mouvements isolés du membre supérieur. — De plus, dans ce deuxième cas, malgré l'ancienneté de la lésion, et une atrophie assez prononcée du membre paralysé, je n'ai pu trouver aucun signe de dégénérescence dans les tubes nerveux des racines antérieures spinales, du plexus brachial, et des nerfs intra-musculaires du côté paralysé.

Cas d'ataxie survenue chez un sujet syphilitique et ayant débuté par des troubles intenses dans l'urination.

Cette observation recueillie par moi dans le service de M. Raynaud a été publiée par M. A. Fournier, auquel je l'ai communiquée, à la page 101 de son livre : *De l'ataxie syphilitique*, Paris 1882.

Cas d'ataxie survenue chez un sujet syphilitique et ayant présenté comme phénomènes initiaux des troubles urinaires intenses (dysurie, etc.)

Cette observation que j'ai communiquée à M. A. Fournier a été publiée par lui aux pages 26 et 29 de son livre : *De la période préataxique du tabès syphilitique*, Paris 1884.

Observation de syphilis cérébrale précoce.

Il s'agit dans ces cas observés par moi dans le service de M. A. Fournier, de syphilis cérébrale grave survenue sept mois et treize mois après le chancre.

Ces observations ont été publiées dans la *Thèse de M. Manchon* : *De la syphilis cérébrale précoce*, Paris 1883.

Semeïologie de l'hémiplégie et en particulier de l'hémiplégie d'origine syphilitique. (*Bulletin médical du Nord*, 1885.)

Dans ces trois leçons cliniques, après avoir spécifié les symptômes de l'hémiplégie organique d'origine cérébrale, et l'avoir distinguée des autres phénomènes hémiplégiques avec lesquels elle pourrait être confondue, j'étudie dans les phénomènes observés, les signes importants à connaître :

Au point de vue du diagnostic de la cause de l'hémiplégie.
Au point de vue du diagnostic du siège de la lésion.
Au point de vue du pronostic.
Au point de vue du traitement.

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

Note à propos de quelques cas de syphilis héréditaire tardive.
Annales de dermatologie, 25 mars 1883.) — En collaboration avec M. Perrin.

Dans ce travail, appuyé sur quatre observations recueillies dans le service de M. A. Fournier, à Saint-Louis, le diagnostic syphilis héréditaire tardive a été fait en nous fondant sur les signes cutanés, osseux, dentaires, oculaires, etc., de la syphilis héréditaire tardive, si magistralement décrits dans ces derniers temps par M. A. Fournier.

Ce diagnostic était d'autant plus difficile que dans ces quatre cas, les lésions de la syphilis héréditaire présentaient l'aspect de celles de la scrofulo-tuberculose. L'analogie était frappante et certes la confusion a dû être commise bien des fois dans des cas analogues. Un traitement syphilitique énergique a rapidement modifié puis guéri les lésions dont étaient atteints les malades et confirmé le diagnostic : *Syphilis héréditaire tardive.*

Nous concluons donc de notre travail que la syphilis ne produit pas la scrofule, comme l'ont écrit plusieurs auteurs, mais que la syphilis héréditaire tardive prend souvent l'aspect de la scrofule ; que, dans nombre de cas, des malades considérés comme scrofuleux seront guéris, et rapidement guéris si l'on a bien présents à l'esprit les signes qui doivent mettre sur la voie de la syphilis héréditaire tardive, tels qu'ils ont été décrits par MM. Hutchinson, Parrot, et surtout par M. A. Fournier ; que dans certains cas douteux (et ces cas sont fréquents), le traitement *pierre de touche* devra toujours être essayé.

Contribution à l'étude de la syphilis héréditaire chez l'enfant.
Sur quelques cas de syphilis héréditaire à manifestations cérébrales.

Cette clinique a été professée à l'hôpital Saint-Sauveur, en 1885, à propos de trois petits enfants de mon service.

La première observation montre que la syphilis à manifestations cérébrales peut chez l'enfant, affecter un caractère clinique indiquant que les lésions se

sont développées au niveau des zônes motrices encéphaliques : épilepsie jacksonienne à accès subintrants, mais accompagnée d'un état comateux, post-convulsif et d'un cri pendant l'attaque, comme dans l'épilepsie essentielle. — L'enfant traité énergiquement a guéri.

La deuxième observation montre la similitude clinique qu'il peut y avoir entre les symptômes de la syphilis cérébrale chez l'enfant, et certaines méningites, en particulier la méningite tuberculeuse. L'enfant traité trop tardivement (par suite de l'incurie de la mère) est mort. L'autopsie a permis de constater des signes évidents de syphilis cérébrale portant sur les vaisseaux de l'encéphale.

La troisième observation montre que la syphilis peut se manifester chez les enfants par des lésions cérébrales à marche torpide, chronique, amenant la déchéance intellectuelle.

La promptitude avec laquelle a été guéri notre malade de l'observation un, (traitement mixte) prouve une fois de plus que certaines prétendues méningites tuberculeuses guéries par le traitement hydrargyrique n'ont fort probablement été autre chose que des lésions cérébrales syphilitiques.

Cette clinique a été publiée en partie dans le travail fait sous ma direction, par deux de mes élèves, MM. Declercq et Masson : *Contribution à l'étude de la syphilis héréditaire. Sur quelques cas de syphilis héréditaire à manifestations cérébrales.* — (*Annales de dermatologie*, décembre 1885.)

Leçons sur la syphilis héréditaire à manifestations tardives.

Ces cliniques ont été professées en 1886, à l'hôpital Saint-Sauveur, à propos de malades de mes salles. J'y explique pourquoi je préfère adopter l'expression de syphilis héréditaire à manifestations tardives, au lieu de l'expression syphilis héréditaire tardive.

De la syphilis contractée dans l'enfance.

Ces cliniques, professées en 1884 à l'hôpital Saint-Sauveur ont été publiées en partie dans mon livre intitulé : *Leçons sur la syphilis*, Paris, 1886.

MALADIES VÉNÉRIENNES (NON SYPHILITIQUES)

BLENNORRHAGIE

Contribution à l'étude du rhumatisme blennorrhagique.

(*Journal des connaissances médicales* 1878 et *Brochure. Ollier Henry*, éditeurs, Paris 1878).

Ce travail, appuyé sur quatorze observations de rhumatisme blennorrhagique (forme subaigüe et chronique), et sur sept observations de rhumatisme subaigu franc, recueillies par moi pour la plupart dans le service de M. Vulpian à la Charité, m'a conduit aux conclusions suivantes :

Le rhumatisme blennorrhagique subaigu et le rhumatisme subaigu vulgaire, présentent la plus grande analogie clinique dans leur siège, leurs symptômes, leur marche, leur durée. leur terminaison. Seul, l'état de l'urèthre peut, dans nombre de cas, permettre de poser le diagnostic : rhumatisme blennorrhagique.

Le traitement par le salicylate de soude n'a sur le rhumatisme blennorrhagique et sur le rhumatisme subaigu ordinaire qu'une action des plus minimes, et de durée toujours très courte.

On voit parfois des sujets atteints de rhumatisme blennorrhagique, à la suite d'une chaude-pisse, être pris plus tard d'accidents simulant absolument le rhumatisme blennorrhagique, bien que leur urèthre soit absolument sain depuis longtemps.

Ce travail renferme en outre une observation unique (je pense) d'arthrite cervicale avec pachyméningite consécutive, secondaire au rhumatisme blennor-

rhagique ; et deux observations d'érythème survenu dans le cours du rhumatisme blennorrhagique.

Leçons sur l'infection générale blennorrhagique.

(*Ces leçons ont été professées en* 1885-1886, *à l'hôpital Saint-Sauveur, à propos de malades de ma clinique.*)

Le sujet atteint d'une blennorrhagie est un malade porteur d'un foyer d'infection. Dans nombre de cas l'infection demeurant localisée se bornera à déterminer une simple inflamation de l'urèthre et des organes voisins. Mais souvent, les produits infectieux se résorbent, et leur résorbtion pourra produire des phénomènes généraux ou locaux plus ou moins intenses. — Ceux-ci pourront n'être caractérisés que par une fièvre très légère avec un peu d'embarras gastrique et d'anémie parfois accompagnée d'engorgements ganglionnaires multiples (fréquents surtout chez les jeunes sujets). — A un degré moyen de l'infection générale, on verra survenir une fièvre plus forte avec état gastrique plus prononcé, rhumatisme blennorrhagique, érythèmes, ophthalmie du rhumatisme blennorrhagique, sciatique blennorrhagique, etc. — Enfin, cette infection générale pourra se manifester par des phénomènes beaucoup plus graves : rhumatisme blennorrhagique intense, complications viscérales, phénomènes nerveux, fièvre intense, etc.

Dans d'autres cas l'infection se fait d'une façon plus lente, plus torpide, plus chronique, et détermine des phénomènes variant depuis l'état anémique avec douleurs rhumatoïdes vagues et adénopathies multiples jusqu'au rhumatisme subaigu ou chronique, plus ou moins localisé ou généralisé, pouvant durer des mois et des années même.

L'infection blennorrhagique détermine souvent, chez les jeunes sujets, l'apparition d'adénopathies multiples, plus ou moins indolentes, non-seulement inguinales, mais souvent cervicales, lesquelles avec l'état que présentent souvent ces sujets donnent aux malades l'apparence de sujets lymphatiques. — L'ophthalmie blennorrhagique s'accompagne souvent d'un engorgement douloureux du ganglion lymphatique préauriculaire ; elle peut amener (par infection générale) l'apparition d'un rhumatisme blennorrhagique comme l'a montré M. A. Testelin.

Du rhumatisme blennorrhagique et en particulier de ses complications.

Cette clinique a été professée, en novembre 1885, à propos d'un malade de mon service atteint de péricardite blennorrhagique. L'observation de ce malade et sa courbe thermique ont été publiées dans la *Thèse d'agrégation de M. De Lapersonne* : *Des arthrites infectieuses*, Paris 1886, pages 68 et 69.

CHANCRE SIMPLE (CHANCRELLE)

Du diagnostic du chancre simple avec le chancre infectant et avec l'herpès.

Cette clinique a été professée en 1885 et reproduite en partie dans mon livre : *Leçons sur la syphilis*, Paris 1886, pages 142 à 154.

Du chancre simple, de ses variétés anormales, et en particulier du chancre simple papuleux.

Cette clinique professée en 1885 a été reproduite en partie dans mon livre : *Leçons sur la syphilis*, pages 145 à 147, et dans la thèse qui a été faite, sous ma direction, sur ce sujet, par l'un de mes élèves, M. Baude : *Contribution à l'étude du chancre simple. — Du chancre simple papuleux*. (*Thèse de Lille*, 1886.)

Voici d'ailleurs l'analyse de cette thèse telle qu'elle est parue dans le *Journal des connaissances médicales*, en 1886.

« Cette variété très-rare a été étudiée par M. Baude dans la clinique des » maladies cutanées et syphilitiques du professeur Leloir, sous la direction de ce » maître qui a traité cette question dans ses leçons sur la syphilis. (*Paris* 1886, » *A. Delahaye*.)

» Dans cette variété, le chancre simple, au lieu de débuter par une pustule » rapidement suivie de l'ulcération caractéristique, se montre sous l'aspect d'une » ou de plusieurs petites papules légèrement acuminées et à base molle. — Remar- » quables par la lenteur de leur évolution, elles peuvent diminuer et disparaître » progressivement, ou bien il se forme au sommet de la papule une pustule » minuscule qui d'abord n'est visible qu'à la loupe, augmente progressivement » et est constituée histologiquement par l'altération des cellules épidermiques, » décrite par Leloir sous le nom « d'*altération cavitaire* ». Finalement il se produit » une ulcération chancrelleuse classique, ne dépassant guère l'étendue de la » papule primitive.

» Au début, le diagnostic de cette lésion est très difficile, car on ne peut
» s'appuyer sur les « *signes du râclage* » indiqués en 1885 par Leloir dans ses
» *Leçons sur la syphilis* au point de vue du diagnostic entre le chancre simple et le
» chancre infectant. Le signe désigné par Leloir sous le nom de « *signe de*
» *l'expression du suc* » pourrait servir à distinguer ces lésions de certaines variétés
» d'herpès génitaux. Mais, la véritable clef du diagnostic est l'inoculation, le
» chancre simple papuleux est auto-inoculable à l'infini comme le chancre simple
» vulgaire. — On conçoit l'importance clinique et théorique (au point de vue
» dualiste) de la connaissance du chancre simple papuleux. »

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

L'analyse de mes travaux sur les *affections cutanées d'origine nerveuse*, qui pourrait être placée ici, à propos des maladies du système nerveux central ou périphérique, a été faite plus haut : pages 55 et suivantes.

Je me borne donc, pour cette série de travaux sur l'*influence des affections du système nerveux* dans la production de certaines maladies de la peau, à renvoyer aux pages précitées, afin d'éviter les redites.

Atrophie des nerfs optiques. — Examen microscopique.

Bulletin médical du Nord, octobre 1875.

L'examen histologique de cette pièce qui me fut envoyée par M. Huidiez, m'a montré que dans ce cas l'atrophie des nerfs allait en diminuant, en remontant de la papille vers l'entrecroisement des nerfs optiques où elle cessait totalement ; qu'en un mot nous étions en présence d'une atrophie des nerfs optiques absolument limitée à leur bout périphérique.

Ramollissement cérébral avec eschares précoces.

(*Bulletins de la Société anatomique*, novembre 1878.)

Il s'agit d'un malade dont j'ai recueilli l'observation et pratiqué l'autopsie dans le service de M. Vulpian à La Charité. Dans ce cas, comme le fit remarquer M. Vulpian, on put présumer le siège cortical du foyer produisant l'hémiplégie faciale. L'autopsie vint en effet démontrer qu'on devait la rapporter à un foyer de ramollissement siégeant au niveau de la troisième circonvolution frontale droite. Ici encore s'est vérifiée l'opinion de M. Charcot sur la gravité du pronostic des eschares précoces, car le malade mourut vingt-trois jours après l'attaque d'apoplexie.

Les lobes cérébraux (en particulier le lobe droit, seul atteint), étaient absolu-

ment sains en arrière de la coupe pariétale ; et pourtant, dès le deuxième jour, se montrèrent des eschares précoces Ce fait est donc en opposition avec l'opinion de M. Joffroy, pour lequel les eschares précoces coïncideraient toujours avec des lésions des parties postérieures du cerveau, des lobes occipitaux en particulier.

Examen histologique d'un nerf sciatique dans un cas de sciatique chronique.

Il s'agit d'un malade du service de M. Raynaud, atteint de sciatique chronique ancienne du côté gauche. L'examen histologique de tout le nerf sciatique ne m'a permis de constater aucune lésion du nerf, sauf un degré assez prononcé de dilatation des vaisseaux sanguins, et une légère tendance à la prolifération du tissu conjonctif du nerf, avec présence de nombreuses cellules migratrices au niveau de la partie supérieure du nerf. Cette note que j'ai communiquée à M. Raynaud a été lue par lui dans ses cliniques (inédites) de La Charité (1880.)

Hémiplégie droite et aphasie très légère. — Destruction presque complète de la troisième circonvolution frontale gauche. — (*Bulletins de la Société anatomique*, février 1881.)

Cette observation recueillie par moi dans le service de M. Vulpian, à la Charité, pourrait sembler au premier abord, contraire à la théorie des localisations cérébrales (le malade était droitier). — Comment expliquer en effet, une aphasie aussi légère chez un sujet dont la circonvolution de Broca était aussi profondément altérée ? L'objection perdra beaucoup de sa valeur, si l'on se souvient que la partie supérieure et postérieure, en forme de coin, de la troisième circonvolution frontale gauche était intacte sur une surface grande comme une pièce de cinquante centimes.

Contribution à l'étude des atrophies musculaires d'origine spinale produites par des lésions nerveuses périphériques. — (Mémoire présenté à l'appui de ma candidature de Membre titulaire de la Société anatomique. — *Bulletins de la Société anatomique*, mars 1881, et *Progrès médical*, 1881.)

Ce travail, appuyé sur des observations que j'ai recueillies dans le service de M. Vulpian, à la Charité, constitue un appoint à l'étude des atrophies musculaires

signalées à la suite de lésions nerveuses périphériques par M. Brown-Séquard, Weir-Mitchell, Vulpian, Charcot, Hayem, Valtat, Leyden, etc.

L'atrophie musculaire peut se localiser aux muscles innervés par les branches du nerf irrité. Elle peut envahir plus ou moins rapidement tous les muscles du membre lésé (l'altération spinale secondaire envahissant les régions de la substance grise de la moëlle en rapport avec tous les nerfs du membre.) L'atrophie peut ne pas se limiter aux muscles du membre lésé, mais envahir plus ou moins rapidement d'autres muscles, en général les muscles du membre symétrique. Elle peut même s'étendre, envahir d'autres muscles, les autres membres, en général d'une façon symétrique, et devenir le point de départ d'une véritable atrophie musculaire progressive.

Il faut admettre dans ces cas, que l'altération spinale produite par l'irritation périphérique, quelle que soit d'ailleurs la façon dont agit cette irritation, ne s'est pas limitée à la portion de la substance grise en rapport avec les nerfs du membre lésé, qu'elle s'est étendue plus ou moins rapidement à des régions plus éloignées de la moëlle.

Dans ces variétés d'atrophies musculaires, il existe le plus souvent, outre l'atrophie musculaire, d'autres phénomènes (douleurs, troubles trophiques, etc.), indiquant que dans ces cas la substance grise spinale est prise d'une façon plus étendue, et en quelque sorte plus irritative que dans les atrophies musculaires progressives ordinaires.

Enfin, dans ces amyotrophies d'origine périphérique, l'atrophie musculaire évolue plus rapidement que dans les amyotrophies ordinaires ; les muscles se prennent en masse, régulièrement, souvent symétriquement, contrairement à ce qui se passe dans les atrophies musculaires ordinaires. Les phénomènes amyotrophiques ne succèdent pas immédiatement à la blessure, mais n'apparaissent qu'une ou plusieurs années après celle-ci.

Examen histologique de la moëlle d'un homme atteint de malformation congénitale du bras gauche.

Il s'agit ici de la moëlle du sujet dont j'ai publié l'examen et l'autopsie dans les *Bulletins de la Société anatomique* (voir loc. cit., page 138).

Au niveau de la région spinale qui correspond au membre supérieur malformé, j'ai constaté les particularités suivantes :

Les cellules du groupe antérieur de la corne antérieure gauche (côté malformé) sont moitié moins nombreuses que celles du groupe correspondant de l'autre côté; les cellules qui composent le groupe antérieur gauche sont presque toutes beaucoup plus petites que celles du groupe antérieur droit; l'examen à l'œil nu des coupes transversales de la moëlle semble indiquer un peu d'atrophie de la substance médullaire grise du côté gauche.

Cette note que j'ai communiquée à M. Bochefontaine, a été publiée par lui, pages 296 et 297 de son travail intitulé : *Ectromélie unithoracique..... Archives de physiologie*, 1881.

Cas de paralysie labio-glosso-laryngée.

Cette observation, que j'ai recueillie dans le service de M. Vulpian à la Charité, a été publiée par M. Déjerine dans son travail intitulé : *Etude anatomique sur la Paralysie labio-glosso-laryngée. Archives de physiologie*, 1883.

Altération des nerfs cutanés dans l'ataxie locomotrice. — (*Recherches cliniques et anatomo-pathologiques* sur les : Affections cutanées d'origine nerveuse. — Paris, 1881. — *A. Delahaye et Lecrosnier*, éditeurs, page 115).

Dans ce cas, les nerfs cutanés présentaient les différents degrès d'altération de la névrite dite parenchymateuse.

Des altérations des nerfs intra-musculaires dans un cas de rhumatisme chronique. (*In recherches anatomo-pathologiques et cliniques* sur les : Altérations survenues dans certains cas de gangrènes, etc. — *Archives de physiologie*, 1881, pages 993 et suivantes). — En collaboration avec M. Déjerine.

Seméiologie de l'hémiplégie et en particulier de l'hémiplégie syphilitique.
Bulletin médical du Nord, 1885.

MÉDECINE GÉNÉRALE. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE GÉNÉRALE

Néphrite interstitielle chronique avec foyers purulents développés primitivement dans les reins. — Œdème de la glotte, trachéotomie. — Mort. (*Bulletins de la Société anatomique*, 4 octobre 1878.)

Il s'agit d'une femme de 34 ans du service de M. Vulpian (suppléé par M. Dieulafoy,) atteinte depuis plus de dix ans d'une néphrite interstitielle. — Cette femme est prise tout à coup d'œdème de la glotte lequel, malgré la trachéotomie pratiquée par M. Berger, vient terminer brusquement une affection latente pour ainsi dire pendant dix ans.

A l'autopsie je constate que les deux reins sont atteints de néphrite interstitielle des plus caractérisée. Mais, en outre, la substance rénale présente des lésions remarquables que rien n'avait pu faire prévoir pendant la vie. Elle est creusée d'une multitude de cavités pleines de pus. Ce pus ne renfermait ni cristaux d'acide urique ni bacilles. Toutes ces petites cavités se trouvent situées à quelques millimètres de la surface du rein, leur volume varie entre celui d'un petit pois et celui d'une noisette ; les reins ainsi altérés rappellent un poumon de phthisique creusé d'une multitude de petites cavernes. — Les bassinets, la vessie et l'uretère sont absolument sains. L'examen histologique montre en outre que toute la substance du rein est en quelque sorte en dégénérescence kystique ; et l'on peut suivre tous les degrès du passage entre ces petits kystes microscopiques et les cavernules purulentes.

L'étude détaillée des lésions, après avoir montré qu'il ne s'agissait pas ici d'une néphrite suppurée secondaire à une affection de l'appareil urinaire, ni d'une néphrite calculeuse suppurée, ni d'embolies ou d'abcès métastatiques, ni d'une néphrite tuberculeuse, m'a conduit à admettre que nous étions en présence d'une suppuration primitive et en foyers du rein, survenue dans le cours d'une néphrite interstitielle. Il est probable qu'à un moment donné les innombrables kystes microscopiques qui criblaient le parenchyme rénal, ouverts ou non les uns dans

les autres, se sont enflammés et ainsi se seraient formées les cavernules purulentes.

Comme l'ont fait remarquer à la Société anatomique MM. Malassez et Déjerine, ce cas est des plus remarquables, et peut-être unique dans son genre. Pour la plupart des auteurs la suppuration dans le cours de la néphrite interstitielle ne se rencontrerait pour ainsi dire jamais.

Observations de symptômes urémiques pouvant contribuer au diagnostic du mal de Bright. (*In thèse de M. Croïn*: De plusieurs symptômes urémiques pouvant contribuer au diagnostic du mal de Bright. *Thèse de Paris,* 1879, pages 32 à 41.)

Ces observations constituent des intéressants exemples montrant que l'apathie physique et intellectuelle, les crampes, les démangeaisons, les fourmillements, l'hypéresthésie, et l'anesthésie, la céphalée, la dyspnée, les troubles de la vue, de l'ouïe, les vertiges, les accès épileptiformes doivent toujours, (que ces symptômes existent isolément ou simultanément), attirer l'attention du médecin vers l'état des reins du malade, comme l'ont fait remarquer MM. Charcot, Germain Sée, Lancereaux, Potain. — Souvent un examen attentif du malade permettra de constater qu'il est atteint d'un mal de Bright ancien et dont l'existence n'avait jamais été soupçonnée (Dieulafoy).

Calcification généralisée des parois de la vésicule biliaire.
(*Bulletins de la Société anatomique*, janvier 1881).

A l'autopsie d'une phthisique du service de M. Vulpian, laquelle était atteinte d'une tumeur abdominale de nature indéterminée pendant la vie, j'ai trouvé que cette tumeur était formée par la vésicule distendue, à parois absolument calcifiée.

La pièce a été déposée au Musée Dupuytren.

Examen histologique d'une tuberculose de la rate à forme spéciale, présentée par M. Séné. (*Bulletins de la Société anatomique*, octobre 1880).

La rate d'un sujet mort de tuberculose pulmonaire dans le service de M. Desnos à La Charité, était très grosse, très dure, et farcie de nodules bru-

nâtres. — On songea à des infarctus ou à une cirrhose rapide qui aurait lobulé la rate.

L'examen histologique m'a montré qu'il s'agissait ici d'une forme bizarre et non décrite de tuberculose de la rate. Le tissu splénique qui entoure les nodules bruns est infiltré de tubercules à différents degrés d'évolution. De plus, fait important, la plupart des artères spléniques sont atteintes de périartérite et d'endartérite tuberculeuses des plus nettes. Les vaisseaux sont obstrués par des masses colloïdes développées entre l'endothélium vasculaire (demeuré sain et refoulé au centre) et la membrane interne de l'artère. Ces obstructions vasculaires d'origine tuberculeuse ont amené la production d'infarctus, lesquels ne sont autre chose que les nodules bruns qui donnaient à la rate son aspect particulier.

Mort rapide par coagulations intra-cardiaques chez un tuberculeux.
(*Bulletins de la Société anatomique*, 20 mai 1880.)

Cette observation que j'ai recueillie dans le service M. Raynaud à La Charité constitue un fait intéressant de formation intra-cardiaque de caillots ayant amené la mort en quelques heures. Les exemples de coagulations intra-cardiaques se faisant peu à peu chez les phthisiques cachectisés et les tuant au bout de trois à quatre jours ne sont pas exceptionnels, comme l'a montré M. Bucquoy. Mais il est beaucoup plus exceptionnel de voir cette formation de caillots entraîner aussi rapidement la mort que dans le cas précédent. — Il est probable que dans mon observation (ainsi que l'a montré l'autopsie), la coagulation sanguine partie de l'auricule et de l'oreillette droites se sera rapidement étendue au ventricule droit. La mort sera survenue au moment où le caillot a envahi et obstrué complètement l'artère pulmonaire.

Carcinôme latent du poumon. (*Bulletins de la Société anatomique*, mai 1880.)

Cette observation que j'ai recueillie dans le service de M. Lailler, à Saint-Louis, constitue un exemple curieux de carcinose latente (l'examen histologique m'a montré qu'il s'agissait ici de carcinôme vrai) prise pour une adénite chronique chez un tuberculeux (à l'autopsie on n'a trouvé aucune trace de tuberculose). Les névralgies intercostales et brachiales opiniâtres dont se plaignait le malade étaient

dues à l'envahissement des nerfs intercostaux par le carcinôme. Le cancer semble avoir débuté au sommet du poumon gauche.

Dilatation des bronches. — Pneumonie chronique. — Gangrène pulmonaire.
(*Bulletins de la Société anatomique*, février 1880.)

Sur un cas de dilatation stomacale chronique.
(*Revue mensuelle de médecine*, 1882.)

Dans ce mémoire j'ai essayé de montrer le rôle spécial que joue parfois le système nerveux (contrairement à l'opinion de quelques auteurs) dans la production des dilatations chroniques de l'estomac. Le catarrhe chronique peut en effet, dans certains cas, modifier l'innervation de cet organe.

En même temps que ce viscère devient douloureux, il devient paresseux dans ses mouvements, il s'y produit une sorte de paralysie, dite réflexe, par suite de l'affaiblissement des aptitudes fonctionnelles des plexus nerveux situés dans les parois de l'estomac. — Cette atonie purement névropathique peut se compliquer d'un moment à l'autre d'un état morbide des plans musculaires. C'est là, on le voit, une interprétation analogue, mais non semblable, à celle qu'a émise Stockes pour expliquer la dilatation de l'intestin dans la péritonite.

J'ai montré que de la connaissance de ces formes mal connues de dilatation chronique d'origine nerveuse, découlaient des conséquences thérapeutiques spéciales et d'autant plus importantes que ces dilatations peuvent guérir.

L'observation qui constitue la base de ce travail et que j'ai recueillie dans le service de M. Vulpian à La Charité, est un bel exemple de disparition complète d'une énorme dilatation chronique de l'estomac d'origine nerveuse secondaire à un catarrhe chronique de cet organe; dilatation accompagnée de tympanisme et de crises gastriques.

Cas d'ulcère rond de l'estomac consécutif à une compression violente de la base de la poitrine. (Le sujet fut comprimé contre un mur par un cheval rétif).

Cette observation que j'ai recueillie en 1878, dans le service de M. Vulpian, à La Charité, a été publiée par M. Derouet, auquel je l'ai communiquée, dans sa

thèse intitulée : *Etude sur l'ulcère simple de l'estomac de cause traumatique.* (*Thèse de Paris* 1879, pages 35 et 36.)

Rhumatisme aigu des voies digestives (estomac et intestins).

Cette observation que j'ai recueillie en 1880 dans le service de M. Raynaud, à La Charité, a été publiée par M. Lambin, auquel je l'ai communiquée, dans sa thèse intitulée : *Essai sur le rhumatisme aigu des voies digestives.* (*Thèse de Paris* 1880, pages 36 à 42.)

Cas de pneumonie lobaire fibrineuse survenue dans le cours de la fièvre typhoïde.

Les observations certaines de pneumonie lobaire fibrineuse survenue dans le cours de la fièvre typhoïde sont très rares ; la plupart des auteurs en nient l'existence et disent qu'il ne s'agit pas dans ces cas de pneumonies fibrineuses, mais bien de broncho-pneumonies.

J'ai pu recueillir en 1884 une belle observation de pneumonie fibrineuse des plus nettes survenue dans le cours de la fièvre typhoïde, chez un malade du service de M. Vulpian à La Charité. — Le malade mourut et l'examen histologique que j'ai pratiqué du poumon malade m'a montré les lésions histologiques caractéristiques de la pneumonie fibrineuse.

Cette observation et mon examen histologique ont été publiés dans la thèse de M. Galissard de Marignac intitulée : *De la pneumonie lobaire survenant dans le cours de la fièvre typhoïde.* — (*Thèse de Paris*, 1881), pages 21 à 23 et pages 97 à 100.

Observations de fièvre typhoïde avec éruption excessivement abondante, étendue, et confluente, de taches rosées lenticulaires.

Ces observations ont été publiées par M. Keromnès, auquel je les ai communiquées, dans sa thèse intitulée : *Étude descriptive et clinique de quelques éruptions dans le cours de la fièvre typhoïde* (*Thèse de Paris*, 1881), pages 13 à 18.

Dans un cas le malade mourut (ceci constitue une exception à l'opinion de M. Jaccoud qui considère ces éruptions confluentes comme d'un pronostic heureux).

Dans un autre cas, le malade guérit et fut atteint pendant sa convalescence d'une éruption très abondante d'acné.

Exostose sous-unguéale. (*Bulletins de la Société anatomique*, juillet 1885.)

Dans cette étude histologique je propose de classer de la façon suivante les exostoses sous-unguéales. — On peut les diviser en deux groupes principaux :

1° *Tumeurs formées de tissu osseux et de tissu sarcomateux avec prédominance de l'un ou de l'autre.* Dans ce cas l'os se forme aux dépens du tissu fibreux.

2° *Tumeurs formées de tissu osseux, de tissu cartilagineux, de tissu sarcomateux.*

Deux cas doivent ici être considérés :

A. — Le tissu osseux de la tumeur se développe comme celui d'un os normal aux dépens du tissu cartilagineux et du tissu fibreux.

B. — L'os se développe uniquement aux dépens du tissu sarcomateux. — Le tissu cartilagineux que l'on rencontre dans l'exostose ne paraît pas contribuer à la formation de sa portion osseuse ; il constitue une masse accessoire, indépendante du tissu osseux au point de vue du développement.

On peut d'ailleurs, dans ce dernier cas, se demander avec Virchow si le cartilage n'est pas formé plus tard par adjonction, comme cela a lieu souvent pour des saillies osseuses exposées aux frottements.

Hyperostoses généralisées. (*Revue mensuelle de médecine*, 1881.) — En collaboration avec M. Rathery. — Avec une planche.

Le squelette de ce malade que nous avons étudié dans le service de M. Vulpian, à La Charité, était considérablement déformé par suite d'hyperostoses généralisées et symétriques. Ces hyperostoses donnaient aux membres, en particulier aux membres inférieurs, une apparence éléphantiasique. — Quelques-uns des os de la tête étaient pris, et leur hypertrophie donnait lieu à différents troubles fonctionnels, et à des douleurs névralgiques dues sans doute à la compression des nerfs dans les conduits osseux.

Nous n'avons trouvé publiés que trois cas semblables au nôtre, dont l'un dû à Saucerotte, et les deux autres à Friedreich.

Il s'agit en somme d'une affection excessivement rare et dont la pathogénie est encore entourée de la plus grande obscurité.

Recherches cliniques et expérimentales sur l'empoisonnement par l'aniline.
(*Comptes rendus de la Société de biologie*, 22 novembre et 6 décembre 1879.)

Voici les conclusions de ce travail appuyé sur une série de recherches expérimentales et cliniques :

J'ai montré physiologiquement que les phénomènes toxiques produits par les sels d'aniline, et en particulier par le chlorhydrate d'aniline sont dus à une altération du sang. — Le poison agit primitivement sur le sang en le rendant impropre à la respiration ; tous les phénomènes observés proviennent de cette altération qui se fait avec une extrême rapidité. A chaque nouvelle injection du poison, il se produit une altération plus grande du sang, d'où irritation des centres nerveux, phénomènes convulsifs, dilatation des pupilles, dysurie, salivation, somnolence, etc. L'altération du sang augmentant, les phénomènes asphyxiques augmentent et l'animal meurt en se refroidissant et en se cyanosant de plus en plus. L'urine des animaux renferme de la fuchsine, lorsque le sel employé a été le chlorhydrate d'aniline ; il en était de même chez les hommes empoisonnés par le chlorhydrate d'aniline dont j'ai relaté l'histoire dans ce mémoire. — L'altération du sang est due à une modification de l'hémoglobine, dont le pouvoir absorbant pour l'oxygène est notablement diminué. — Mais le chlorhydrate d'aniline altère aussi le sang en s'emparant de son oxygène pour se transformer en fuchsine.

Chez l'homme, comme je l'ai vu chez trois malades du service de M. Lailler, les phénomènes de l'empoisonnement aigu par les sels d'aniline, par le chlorhydrate d'aniline en particulier, sont les suivants : Une heure et demie environ après l'introduction du poison dans l'organisme. on voit survenir de la somnolence, du coma, de la dyspnée, la respiration est très irrégulière, la température s'abaisse notablement, la face et les extrémités sont fort cyanosées, le malade éprouve des crampes dans les mollets, des nausées, des vomissements ; il a de la dysurie, et l'urine rouge, foncée, renferme de la fuchsine, comme je l'ai montré en collaboration avec M. Lutz.

Les phénomènes de l'empoisonnement *chronique* par l'aniline et ses sels sont des phénomènes anémiques, des troubles nutritifs, des troubles nerveux, etc. Ils sont dus également à une altération primitive du sang.

A quoi sert le microscope en médecine? (*Bulletin scientifique du département du Nord*, juillet 1879.)

Malformation congénitale du bras gauche. (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 4 janvier 1879.)

Malformation congénitale de l'avant-bras et de la main.
(*Bulletins de la Société anatomique*, janvier 1879.)

Ce membre supérieur gauche malformé provenait d'une malade morte dans le service de M. Vulpian à La Charité. Il était atteint d'une anomalie congénitale remarquable. L'avant-bras était notablement atrophié et terminé par une main pourvue seulement de trois doigts : le pouce, l'index, et un troisième doigt volumineux, immobile, en forme de crochet.

La dissection de ce bras montra des anomalies musculaires, vasculaires, nerveuses et osseuses intéressantes. (Le moule en plâtre et le squelette ont été déposés par moi au Musée Dupuytren.)

L'examen de la moëlle m'a permis, en outre, d'y constater des modifications intéressantes que j'ai relatées plus haut (voir page 129).

Fibro-myxôme kystique de la mamelle (d'une chienne) avec production osseuse centrale. Examen histologique. (*Comptes rendus de la Société de biologie*, novembre 1878).

Les productions osseuses vraies sont très rares dans les tumeurs de la mamelle chez l'homme. Elles sont plus fréquentes chez les animaux. Ici encore s'est vérifiée l'opinion de Virchow, Cornil et Ranvier, etc., d'après laquelle la présence d'os vrai dans une tumeur serait souvent l'indice de la bénignité de cette tumeur.

Présence du plomb dans les viscères d'un saturnin. (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 21 décembre 1878.) — En collaboration avec M. Gabriel Pouchet.

La recherche du plomb dans les viscères de ce malade, mort dans le service de M. Vulpian à la Charité, recherche pratiquée dans le laboratoire de M. A. Gautier, d'après le procédé de cet auteur, nous a permis de trouver une quantité notable de plomb dans le cerveau et les reins du sujet. Le foie et la rate n'ont donné que des résultats sinon négatifs, du moins douteux.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement du Lupus. (*Progrès médical* 1881, pages 396 et 397.)

Dans ce travail critique, je passe en revue les moyens de traitement essayés pour guérir le lupus, en insistant en particulier sur les indications thérapeutiques spéciales.

Leçons sur le traitement du Lupus, et en particulier du Lupus vulgaire de Willan.

Ces leçons, professées en 1887, à l'hôpital Saint-Sauveur, à propos de malades de ma clinique, constituent l'un des chapitres de mon livre, en voie de préparation, intitulé : *Leçons sur les maladies de la peau et des muqueuses adjacentes.*

Après avoir passé en revue les moyens chirurgicaux, médicaux, etc., employés dans le traitement du lupus, j'indique les traitements employés ordinairement dans ma clinique, traitements qui me donnent des résultats très satisfaisants et très rapides ; et j'insiste sur les conditions thérapeutiques correspondant aux variétés de lupus que l'on a à traiter.

Dans ce traitement, je fais jouer un grand rôle aux pâtes ou pommades salicylées (que je préfère à l'emplâtre salicylé de Unna), à la pommade à l'iodhydrargyrate de potasse si heureusement introduite en thérapeutique cutanée par Lailler et Lutz, aux cautérisations avec le thermo-cautère de Paquelin ou avec le galvano-cautère de Besnier. — Les plaies consécutives à l'emploi de ces moyens caustiques sont touchées avec une solution éthérée d'iodoforme et pansées avec des compresses trempées dans une solution de bichlorure additionnée de glycérine.

L'emploi des pommades ou solutions à l'acide pyrogallique, des collodions médicamenteux, des scarifications d'après la méthode de **E. Vidal**, de l'électrolyse, etc.,

est indiqué dans certains cas particuliers. Les scarifications sont surtout employées (conjointement avec l'emplâtre de Vigo), lorsque le lupôme a été détruit en totalité (par les caustiques, les parasiticides, etc.), pour modifier les cicatrices si celles-ci présentent une tendance kéloïdienne.

Revue critique et thérapeutique cutanée. (*Progrès médical*, 1883, pages 700 et suivantes).

Traitement de l'eczéma par les jets et les bains de gaz médicamenteux.

Dans certains cas où la peau eczémateuse ne peut supporter aucun topique solide ou liquide, les jets et bains de gaz médicamenteux pourront être d'une certaine utilité. La nature du gaz variera d'ailleurs suivant les cas (oxygène, acide carbonique, azote, hydrogène), ou le gaz pourra être remplacé par des vapeurs médicamenteuses.

Cette question constitue l'un des paragraphes du chapitre : Traitement de l'eczéma qui sera publié dans mon livre : *Leçons sur les maladies de la peau et des muqueuses adjacentes.*

Du traitement hygiénique de la peau chez les sujets prédisposés aux dermatoses et en particulier chez les eczémateux arthritiques, suivant les saisons.

Du traitement chirurgical de l'eczéma et en particulier de l'eczéma aigu œdémateux par les piqûres pratiquées au moyen de l'aiguille.

Chez certains sujets, le prurit et l'éruption de l'eczéma, en particulier de l'éczéma aigu œdémateux se trouvent notablement diminués et même enrayés à la suite de piqûres nombreuses et assez profondes pratiquées au moyen d'une aiguille à coudre, piqûres faites autant que possible au niveau des vésicules d'eczéma. L'éruption se trouve souvent jugulée à la suite de ce mode de traitement que le malade peut en général faire lui-même.

(*Extrait du chapitre :* Traitement de l'eczéma de mon livre en préparation intitulé : *Leçons sur les maladies de la peau et des muqueuses adjacentes*).

Traitement des mélanodermies.

(*Journal des Connaissances médicales*, 1er juillet 1886.)

Voici l'analyse de mon mémoire telle qu'elle a été publiée par M. Thibierge dans les Annales de dermatologie de 1886, page 561) :

» M. Leloir, après avoir essayé différents topiques pour faire disparaître le » chloasma, le lentigo, etc., a employé une solution de quinze parties d'acide » chrysophanique dans cent parties de chloroforme, dont il applique plusieurs » couches sur la région malade, préalablement bien nettoyée avec du savon mou » de potasse ou de l'alcool ; il recouvre, après dessiccation, d'une couche de trau- » maticine, et renouvelle les applications quand ces couches se détachent. M. Leloir » a guéri ainsi très rapidement un assez grand nombre de mélanodermies perma- » nentes d'origines variées, des nœvi pigmentaires plats fort étendus, et même » deux nœvi pigmentaires assez rugueux et légèrement variqueux ; dans ces der- » niers cas, l'emploi préalable de pommades salicylées pour décaper légèrement la » peau, a paru favoriser beaucoup l'emploi ultérieur de l'acide chrysophanique. »

J'ajoute que ce traitement ne s'applique qu'aux mélanodermies auxquelles je donne le nom de « mélanodermies d'origine épithéliale, » et qu'il est impuissant sur les mélanodermies que je désigne sous le nom de « mélanodermies dermiques. »

Traitement abortif de l'herpès par les applications locales d'alcool aromatisé.

Dans un grand nombre de cas, j'ai réussi à faire avorter complètement les éruptions d'*herpès labial* en appliquant tout à fait au début de l'éruption des compresses trempées dans de l'alcool de menthe, de l'eau de Botot, ou de l'alcool phéniqué sur la région tégumentaire où l'ardeur se faisait sentir avec début de l'élevure herpétique.

Ce traitement topique m'a donné des résultats plus inconstants dans l'*herpès génital*. — Il a paru faire évoluer et dessécher plus vite les vésicules dé l'*herpès zoster*, mais n'a pas empêché l'éruption, sauf dans quelques cas exceptionnels.

(*Extrait du chapitre :* Herpès, de mon livre en préparation intitulé : *Leçons sur les maladies de la peau et des muqueuses adjacentes.*)

Thérapsutiqus des affections cutanées d'origine nsrveuse. (*In recherches cliniques et anatomo-pathologiques* sur les : Affections cutanées d'origine nerveuse pages 188 à 195.) — Article : Tropbonévrose du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, pages 225 à 228.

Leçons nouvelles sur les affections cutanées d'origine nerveuse. — Des affections cutanées d'origine spinale produites par des lésions nerveuses périphériques (pages 729, 730, etc.) ; — des dermatoses par choc moral. — (loc. cit., pages 56 et suivantes.)

Traitement des périfolliculites suppurées et conglomérées. (Pages 453 et 454). — *In* sur : Une variété nouvelle de périfolliculites suppurées et conglomérées en placards. — *Annales de dermatologie*, 1884. (Loc. cit., page 50.)

Note sur l'emploi des bains continus en thérapeutiqus.

(*Journal de thérapeutique*, 1881).

Ce travail a été publié à la suite d'un voyage scientifique que j'avais fait à Vienne, voyage qui m'avait fait constater combien il serait important d'avoir, dans nos hôpitaux, un service de bains continus analogue à celui de l'hôpital général de Vienne et de l'hôpital Rothschild de cette ville. — J'ai pu, en effet, constater de visu les excellents résultats donnés par le « Wasserbett » de Hebra, dans le traitement d'affections cutanées graves, et rebelles à toute autre thérapeutique, dans les brûlures étendues et les gangrènes profondes.

Depuis la publication de mon travail, un bain continu a été installé à l'hôpital Saint-Louis.

Traitement local des syphilômes non résolutifs du tégument.

Cette leçon, professée en 1885 à l'hôpital Saint-Sauveur, à propos de malades de ma clinique, a été reproduite partiellement dans la thèse d'un de mes élèves, M. Declercq : *Du Syphilôme chancriforme des organes génitaux* (*Thèse de Lille*, 1886.)

Action de l'aconitine dans le traitement de la céphalée d'origine syphilitique.

Ces observations, recueillies sous ma direction dans ma clinique, ont été publiées par M. Leroy, auquel je les ai communiquées, dans son mémoire intitulé : *Action de l'aconitine dans le traitement de la céphalée d'origine syphilitique. — Annales de dermatologie*, février 1887.

Valeur thérapeutique de l'élongation des nerfs dans la lèpre systématisée nerveuse (lèpre dite anesthésique).

L'élongation des nerfs dans la lèpre dite anesthésique ne peut être considérée comme une opération curative en aucun cas. Les seuls bienfaits que le malade puisse tirer de cette opération sont, dans certaines circonstances, la disparition plus ou moins rapide et plus ou moins durable des terribles douleurs névralgiques des lépreux.

Mais cette opération ne fera jamais disparaître que les douleurs dépendant du seul nerf élongé, comme le montre la clinique, et comme d'ailleurs devait le faire prévoir l'anatomie pathologique.

En somme, l'élongation des nerfs dans la lèpre systématisée nerveuse est une opération palliative, à laquelle on n'aura recours que lorsque les différents moyens thérapeutiques (ventouses scarifiées le long du trajet des nerfs, pulvérisations d'éther, de chlorure de méthyle, à l'intérieur salicylate de soude, aconitine, etc.,) recommandés par les médecins norwégiens ou par moi auront échoué.

Cette note thérapeutique que j'ai communiquée à M. Lagrange, a été insérée par lui dans son livre intitulé : *Valeur thérapeutique de l'élongation des nerfs*, Paris, 1886, pages 151 et 152.

Traitement de la lèpre. *In mon grand* TRAITÉ DE LA LÈPRE. (Loc. cit., pages 79 et suivantes.)

Heureux effets de la faradisation localisée dans deux cas d'hémi-anesthésie hystérique, et des courants continus dans un cas de contracture hystérique. (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 18 janvier 1879.)

Ce travail s'appuie sur l'étude de trois malades que j'ai observés dans le service de M. Vulpian à La Charité.

Deux de ces observations (les deux premières et surtout la première) constituent deux remarquables exemples de guérison par la faradisation localisée d'une anesthésie complète s'étendant à tout une moitié du corps, et de l'hypéresthésie ovarienne. La troisième est un cas intéressant de guérison d'une contracture hystérique datant de plusieurs mois, par l'emploi de courants continus. Elle pourrait de plus se rapprocher des deux premières par l'heureux effet de la faradisation localisée sur l'anesthésie du membre supérieur gauche et sur l'hypéresthésie ovarienne.

Notons encore que dans ces trois observations il n'y a pas eu de phénomène de transfert.

TABLE DES MATIÈRES